4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Mai 1903, à 1 heure

Par Léon DEVAUX

Né à Allichamps (Cher), le 9 Juin 1874

Lésions des Annexes durant l'évolution des fibromes utérins

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

BONNAIRE et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1903



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Mai 1903, à 1 heure

Par Léon DEVAUX
Né à Allichamps (Cher), le 9 Juin 1874

Lésions des Annexes durant l'évolution des fibromes utérins

Président : M. POZZI, professeur.
Juges : MM. BUDIN, professeur.
BONNAIRE et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE
15 — Rue Racine — 15
1903

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BESANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	RÉMY.	WALTER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD	WURTZ.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MON FRÈRE

A MES MAITRES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRARD-MARCHANT
Chirurgien des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Je dédie ce travail en témoignage de ma profonde reconnaissance.

(L. Devaux)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Pendant que nous suivions les leçons de notre maître, M. le professeur Pozzi, nous avons été frappé par la fréquence des cas où le chirurgien est obligé d'enlever avec l'utérus fibromateux les annexes malades. Maintes fois notre maître nous fit remarquer cette coïncidence, aussi nous sommes-nous demandé si cette coïncidence était simplement un effet du hasard ou s'il n'y avait pas plutôt dans ces faits répétés une relation plus ou moins étroite.

D'autres, du reste, avant nous, et des plus autorisés, se sont posé la même question et ont signalé ces lésions des annexes dans les fibromes utérins.

Dans son *Traité de gynécologie*, M. Pozzi (1). remarque tout d'abord que, dans presque tous les cas où il existe un corps fibreux, on trouve les lésions de

(1) *Pozzi.* Traité de gynécologie. Paris (1890), p. 244-607.

l'endométrite, lésions qui expliquent les hémorrhagies symptomatiques des corps fibreux. « Il est certain, dit-il, qu'il existe souvent en pareil cas une endosalpingite par propagation. » Il donne comme explication de cette propagation l'étroite solidarité qui unit l'utérus et les trompes par suite de leur commune origine embryonnaire, et il compare la salpingite ascendante consécutive à la métrite, à la pyélite ascendante consécutive à la cystite ancienne. Il n'oublie pas non plus de rappeler qu'en plus de cette voie d'infection il y a aussi la voie lymphatique qu'ont bien étudié Lucas-Championnière, Poirier, et sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

Schvartz et Hepp (1), dans le *Traité* de Le Dentu et Delbet, font observer que la « tumeur n'est pas tout dans la fibromatose utérine, elle est accompagnée de modifications de l'utérus et des annexes. »

Ils remarquent que les altérations macroscopiques de la muqueuse sont exceptionnelles, et qu'au contraire les lésions microscopiques sont pour ainsi dire constantes. Ils admettent les lésions des trompes au même titre que celles de l'utérus, tout en constatant que les lésions des trompes sont beaucoup plus rares que celles des ovaires. Ils mentionnent pour la trompe l'hyperhémie, l'inflammation catarrhale, l'hématosalpinx et la transformation scléreuse et kystique pour l'ovaire.

(1) *Schvartz* et *Hepp* dans le traité de Le Dentu et Delbet. T. X, p. 681.

P. Delbet (1), dans son article du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, passe rapidement sur cette question : « Après les fibromyomes, il faut étudier l'utérus qui les porte, car ces tumeurs ne vont jamais sans de notables modifications de l'organe sur lesquelles elles se développent. Ces modifications frappent le parenchyme et la muqueuse. »

Il accuse les fibromes qui obstruent la cavité utérine de faire obstacle au drainage naturel de l'utérus et de provoquer ainsi la stagnation des liquides secrétés qui refluent alors dans les trompes, deviennent des bouillons de culture pour les microbes pathogènes contenus normalement dans l'utérus et provoquent ainsi des salpingo-ovarites.

Labadie-Lagrave et Legueu (2), dans leur *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, attribuent une grande importance au déplacement des annexes par la tumeur qui les entraîne dans son évolution, les lamine ou les étire si elles sont adhérentes à d'autres organes.

Bouilly (3), dans son *Manuel de pathologie externe*, écrit que la présence de la tumeur peut favoriser le développement d'une endométrite chronique ; il admet la survenance au cours de l'évolution du fibrome d'un hématosalpinx ou d'un pyosalpinx et explique par

(1) *P. Delbet* dans le traité de Duplay et Reclus. T. VIII, p. 149.

(2) *Labadie*, *Lagrave* et *Legueu*. Traité médico-chirurgical de gynécologie, p. 846.

(3) *Bouilly*. Manuel de pathologie ext. T. IV, p. 417.

cette complication les douleurs provoquées par la tumeur. « Elle (cette complication) doit être soupçonnée, dit-il, toutes les fois que le fibrome s'accompagne de douleurs et de poussées fébriles. »

Plus récemment, Monod (1), dans un article publié dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, signale la dégénérescence scléro-kystique fréquente des ovaires comme conséquence directe des fibromyomes, et se demande si dans les cas relativement assez fréquents où il existe chez la même femme un gros kyste de l'ovaire et un ou plusieurs fibromes, il n'y a pas là une relation de cause à effet.

A l'étranger, Lawson-Tait (2), dans son *Traité clinique des maladies des femmes*, s'en inquiète aussi. « J'ai trouvé fréquemment, dit-il, cette association d'affection des annexes avec des myomes utérins et je suppose qu'il existe quelque relation de cause à effet entre les deux états pathologiques. »

Jones (3), dans un Mémoire qu'il publia en 1901 dans les *Annals of Gynecology and Pediatry*, de Boston, s'appuyant sur des faits qui lui sont person-

(1) *Monod*. De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus. Indications opératoires qui en résultent (archives cliniques de Bordeaux, 1892).

(2) *Lawson-Tait*. Traité clinique des maladies des femmes. Birmingham (1886).

(3) *Jones*. Fibroïd tumors of the utérus, their relation to diseased adnexae *Annals of gynecology and Pediatry Boston*, XIV, p. 457-1901.

nels et sur les opinions d'autres gynécologistes, admet que dans les fibromyomes utérins il y a presque toujours des lésions annexielles.

Zalides (1), dans une thèse de Bordeaux, s'occupe de la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes.

Cornil (2) dans ses leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, salpingites, et cancers de l'utérus, considère l'endométrite chronique comme une complication fréquente des myomes.

Il admet de même les lésions annexielles.

« Les myomes intra-péritonéaux, dit-il, déterminent presque constamment des lésions des trompes (hémato-salpingites, salpingites catarrhales, hydro-salpingites) et des troubles fonctionnels des ovaires (hémorrhagies des follicules de Graaf) causés surtout par la compression qu'ils exercent. »

Greco (3), dans un mémoire important, a fait une étude très sérieuse de cette question, surtout au point de vue histologique. Il s'appuie sur 21 cas, opérés à l'Institut obstétrico-gynécologique de Palerme par le professeur Chiarleoni et dit parmi ses conclusions que : « dans les fibromes de l'utérus, les trompes et

(1) *Zalides.* Contribution à l'étude de la coexistence des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire (thèse Bordeaux, 1899).

(2) *Cornil.* Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus (Paris, 1889).

(3) *Greco.* Li alterazioni degli annessi nei fibromyomi dell' utero (Palermo, 1899).

les ovaires sont presque toujours altérés ; quelquefois ces altérations se révèlent seulement à l'examen microscopique. »

Constantin Daniel (1), dans une étude qu'il a publiée sur ce sujet, exprime la même opinion. « Les différentes parties de l'appareil génital sont si intimement réunies entre elles, au point de vue anatomique et physiologique, que la même solidarité peut s'observer dans les cas pathologiques et lorsque l'une des différentes parties de l'appareil génital subira une altération morbide, toutes les autres s'en ressentiront par contre coup. »

(1) *Constantin Daniel.* Etat des annexes dans les fibromes utérins. *Revue de gynécologie*, 1903.

SYMPTOMES DES ANNEXITES AU COURS DE L'ÉVOLUTION DES FIBROMES

Comme nous venons de le voir par cette rapide incursion dans la littérature médicale, de l'avis de nombreux auteurs, les lésions annexielles ne sont pas rares, mais la clinique ne les décèle pas toujours, et souvent elles ne sont qu'une surprise de l'opération ou de l'autopsie. Il faut dire cependant que dans la plupart des cas elles ont été diagnostiquées ou fortement soupçonnées, comme nous pourrons le voir dans les observations que nous rapportons et que nous devons pour la plupart à l'obligeance de M. le docteur Jayle, chef de clinique et de M. Bender, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le professeur Pozzi.

Tantôt, comme le fait justement observer Constantin Daniel (1), les lésions inflammatoires évoluent si-

(1) *Constantin Daniel.* Etat des annexes dans les fibromes utérins. *Revue de gynécologie* (1903).

lencieusement, elles ne sont même pas soupçonnées et on n'en fait le diagnostic que pendant l'opération comme dans l'observation XXXV de Monlonguet (rapportée par C. Daniel), ce qui fait dire à l'auteur : « Il est étonnant de voir une pyosalpingite double évoluer insidieusement à tel point que la malade affirme n'avoir ressenti ni douleur vive, ni phénomène grave à aucun moment, et qu'elle a pu travailler à des travaux pénibles jusqu'au dernier moment. »

Dans d'autres cas les symptômes dominants sont ceux du fibrome, le palper combiné au toucher dénonce une tumeur dure, saillant dans un cul-de-sac et faisant corps avec l'utérus plus ou moins volumineux et bosselé, on pense à un utérus polyfibromateux et à l'opération on trouve comme M. Oui (1) (obs. XXVI), un pyosalpinx très adhérent à un utérus fibromateux.

Dans les cas plus heureux on a ordinairement pour se guider en plus des signes physiques les douleurs et l'élévation de température, symptômes auxquels M. Bouilly (2), dans son *traité* de pathologie externe attache avec raison une grande importance.

Cependant, quand l'orifice uterin de la trompe reste perméable, les salpingites suppurées peuvent évoluer silencieusement et passer inaperçues.

Les lésions de l'ovaire, quand on n'a pas affaire à des ovaires hydro-kystiques ou hémato-kystiques ayant déjà acquis un volume appréciable, sont aussi souvent

(1) *Oui*. Echo médical du Nord (2 mars).

(2) *Bouilly*. Manuel de Pathologie externe. T. IV, p. 417.

méconnues du chirurgien, car, comme l'a si bien fait ressortir M. Jayle (1) : Il faut des lésions très profondes des deux ovaires pour qu'il y ait des phénomènes sensibles d'insuffisance ovarienne : (Bouffées de chaleur, céphalalgie, sommeil lourd, cauchemars, diminution des forces... etc.).

On n'a donc en résumé pour faire le diagnostic de ces lésions annexielles, à part les signes physiques, que la fièvre et les douleurs. Et, si les douleurs ne provenaient pas souvent d'irritation péritonéale, et de compression des organes pelviens, surtout du plexus sacré, nous ne serions pas éloigné d'être entièrement de l'avis de M. Constantin Daniel (2), qui, s'appuyant sur son expérience personnelle et sur l'expérience de M. Jayle, écrit que : « la plupart des femmes atteintes de fibromes ne souffrent que si les annexes sont altérées. »

Nous ne parlerons pas des hémorrhagies qui, en l'espèce, n'ont aucune valeur diagnostique. Les seuls signes de réelle valeur sont donc les signes physiques (douleur à la pression, empatement de cul-de-sac), et encore est-il nécessaire de faire des restrictions, car dans les fibromes volumineux, situés au dessous de l'insertion des trompes, la tumeur en se

(1) *Jayle*. Opothérapie ovarienne contre les troubles attribués à une hypofonction de la glande ovarienne. (*Revue de gynécologie*, 1898) et effet physiologique de la castration chez la femme. (*Revue de gynécologie*, 1897).

(2) *Constantin Daniel* (loc. cit.).

développant soulève le fond de l'utérus et entraîne en haut les annexes qui deviennent inaccessibles.

Le diagnostic est encore rendu plus difficile quand il survient des complications dues à des lésions annexielles. Il peut survenir une péritonite généralisée dans le pyosalpinx quand la poche salpingienne se rompt dans le péritoine, ou la torsion du pédicule d'un fibrome (fibrome pédicule ou fibrome ovarique) peut en provoquer la nécrose et donner lieu à des accidents graves.

Il peut arriver aussi que les annexes malades contractent des adhérences avec des organes voisins. Frederick Bowman-Jessett (1) a rencontré deux fois l'appendice englobé avec la trompe dans une même gangue qui fut extirpée. (Obs. XXIX).

Jonnesco (2) cite un cas analogue, où un énorme fibrome avait provoqué la formation d'une poche remplie de pus englobant les annexes et l'appendice.

Jusqu'ici, nous n'avons considéré que le cas de malades souffrant de fibromes, s'en plaignant et chez lesquelles on découvrait, avant ou pendant l'opération, des lésions annexielles concomitantes, mais il existe une autre catégorie clinique de malades, ce sont celles qui souffrent d'une lésion annexielle caracté-

(1) *Frederick Bowman Jessett* (The Britisch gynecological. Journ. Nov. 1901). Complications qui surviennent durant l'évolution des fibromes utérins.

(2) *Jonnesco.* Bulletin et mémoires de société de chirurgie de Bucharest, 22 mai 1902.

risée, que l'on opère pour cette lésion, et chez lesquelles on découvre, pendant l'opération, un petit fibrome de l'utérus dont on ne soupçonnait pas le moins du monde l'existence et qui, du reste, n'avait provoqué aucun symptôme capable de le faire soupçonner. Tel est le cas des malades dont nous rapportons l'observation sous les n[os] 1, 7, 8. Du reste, M. Frederick Bowman-Jessett (1) dans une étude qu'il publia dans le *The Britisch Gynecological Journal*, émet l'opinion que les kystes de l'ovaire se rencontrent rarement dans les cas de gros fibromes (avis partagé par Monod) (2), mais que, par contre, toutes les fois que dans une ovariotomie on examine l'utérus, on voit la surface de cet organe parsemé de petits noyaux myomateux.

(1) *F. Bowmann Jessett* (loc. cit.).

(2) *Monod.* (Archives cliniques de Bordeaux (1892). De la coexistence de kystes de l'ovaire et de fibromes utérins, etc.

ALTÉRATIONS DES TROMPES

Les trompes sont beaucoup plus rarement malades que les ovaires, toutefois leur muqueuse subit souvent un hyperplasie identique à celle de la muqueuse utérine, on a constaté l'hyperhémie, l'inflammation catarrhale, l'hématosalpinx et le pyosalpinx.

La salpingite catarrhale est une lésion de la muqueuse tubaire, identique à celle que la muqueuse utérine subit souvent pendant l'évolution des fibromes utérins. Elle peut ne consister qu'en une simple hyperplasie interstitielle ou glandulaire de la muqueuse, avec une vascularisation un peu exagérée (obs. VII, IX, XIII); dans d'autres cas (obs. IV), la salpingite catarrhale provoque de la pelvipéritonite très accentuée, de plus, à gauche, l'ovaire est scléro-kystique, à droite, il est complètement scléreux.

Gréco (1), dans son intéressant travail sur ce sujet,

(1) *Greco*. Li alterazioni degli annessi nei fibromyomi dell utero (Palerme, 1899).

a souvent observé des trompes qui ne présentaient aucunes modifications macroscopiques et dont la muqueuse et les couches musculaires avaient subi une hyperplasie analogue à celle de l'endométrite et reconnaissant la même cause.

Cette analogie entre la salpingite catarrhale et l'endométrite, si souvent cause d'hémorrhagies, nous amène à parler de l'hématosalpinx.

D'après son étymologie, l'hématosalpinx est la transformation de la trompe en poche sanguine. Cette simplicité apparente n'empêche cependant pas les opinions de diverger quant au mode de production de cette tumeur sanguine.

A l'exemple de M. Pozzi, nous décrirons deux variétés d'hématosalpingite. Dans la première variété, il y a simplement hémorrhagie tubaire, apoplexie de la trompe, consécutive à de simples troubles vasculaires, souvent d'origine ovulaire, mais souvent aussi imputables au varicocèle tubo-ovarien ou plutôt au processus général qui produit le varicocèle tubo-ovarien et qui rend les vaisseaux plus fragiles. Dans ce cas, la poche sanguine est constituée par la trompe dilatée dont les parois peuvent, par suite de leur distension, être plus ou moins modifiées. La deuxième variété, au contraire, est caractérisée par la présence d'un sac analogue à celui d'un pyosalpinx et, cette analogie est telle, que M. Pozzi, dans ses leçons cliniques à l'hôpital Broca, se déclare convaincu qu'elle n'est que la transformation d'un pyosalpinx par rupture des vaisseaux dont les parois cèdent sous

l'influence du processus inflammatoire ou par torsion du pédicule. Ces hématosalpinx contiennent, en effet, souvent un liquide sirupeux ou un liquide louche rougeâtre.

Constantin Daniel (1) rapporte deux observations qui font bien ressortir les deux modes de formation.

Dans la première (obs. XXXVI), il y avait hémato-salpinx double avec ovarite hémorrhagique d'un côté, et, dans le deuxième cas (obs. XXXVII), la trompe était le siège d'un hémato-pyosalpinx, gros comme une sangsue, contenant du liquide sirupeux.

Certains auteurs invoquent dans ces cas d'hémato-pyosalpinx un mécanisme opposé et prétendent que ce sont des hématosalpinx par apoplexie de la trompe, secondairement infectés par propagation d'une infection utérine ou par voie lymphatique ; nous ne croyons pas qu'on puisse éliminer ce mode de formation, mais il doit être bien rare, car il devrait, dans cette hypothèse, exister des cas transitoires d'hémato-pyosalpinx dépourvus de sac et, pour notre part, nous n'en connaissons pas d'exemple.

Les cas de pyosalpinx coïncidant avec des fibromes sont plus communs dans la littérature médicale que les cas d'hématosalpinx. On trouve cependant beaucoup plus rarement la salpingite aiguë purulente non kystique que la forme enkystée « à laquelle, dit M. Pozzi (2), elle conduit fatalement pour peu que le pus

(1) *Constantin Daniel.* Lésions des annexes dans les fibromes utérins. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale* (1903).

(2) *Pozzi.* Traité de gynécologie.

ne puisse facilement s'écouler par l'orifice utérin. » Du reste, Greco (1) signale une atrésie de la portion interstitielle de la trompe consécutive au processus inflammatoire, bien que l'isthme se présente perméable et quelquefois macroscopiquement normal. Cette atrésie ne peut qu'accélérer la transformation de la salpingite purulente en pyosalpinx.

Les symptômes, en présence des fibromes, sont les mêmes que lorsque le pyosalpinx existe seul. On constate ordinairement une tumeur dure, de volume variable, appartenant à l'utérus, et, un peu plus haut, faisant plus ou moins saillie dans un des culs-de-sac, on sent une autre tumeur plus molle et extra-utérine. Cependant, quelquefois le diagnostic de la nature de cette seconde tumeur n'est pas toujours facile et F.-B. Jessett (2), dans un cas de fibrome avec pyosalpinx, avait porté le diagnostic de fibrome avec rupture de grossesse tubaire (Obs. XXVIII).

On peut rencontrer le pyosalpinx unilatéral et, dans ce cas, il est bien rare de ne pas rencontrer de lésions annexielles du côté opposé (Obs. XVIII, XXVI), ou bien il est suivi de la suppuration de l'ovaire (salpingo-ovarite suppurée), enfin il peut être bilatéral (Moulonguet (3), Obs. XXXV).

(1) *Greco* (loc. cit).

(2) *Frederick Bowman Jessett* (The Britisch gynecological Journ. Nov. 1901).

(3) *Moulonguet* (Gazette médicale de Picardie. Amiens. 1894, XII, p. 67).

Jonnesco (1) l'a trouvé une fois (Obs. XXII) compliqué d'appendicite, l'appendice était complètement suppuré, entre les anses et l'utérus il y avait une poche qu'il fut forcé d'ouvrir pour la détacher. Le pus était aseptique.

Frederick Bowman-Jessett (2) a rencontré cette complication une fois aussi. L'appendice était englobé avec la trompe droite dans une même gangue qu'il extirpa (Obs. XXIX).

Quand on ouvre une salpingite purulente non kystique, on trouve une cavité irrégulière, avec des rétrécissements formant des sortes d'ampoules remplies de pus. Toute l'épaisseur de la paroi, dont les vaisseaux sont dilatés, est infiltrée de leucocytes, l'épithélium a subi des modifications profondes, ses cellules cylindriques ciliées sont devenues plates ou cubiques (Constantin Daniel) (3). Quand la salpingite s'est enkystée, les lésions de la paroi sont encore plus caractéristiques, elle perd les caractères anatomiques qu'elle avait et prend l'aspect d'une paroi d'abcès quelconque où le tissu fibreux est prédominant (pyosalpinx pseudo-néoplasique de Pozzi). Il n'y a plus ni épithélium, ni tissu musculaire et la paroi fibreuse elle-même se perd

(1) *Jonnesco*. Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Bucharest (mai 1902).

(2) *Frederick Bowman Jessett* (The Britisch gynecological. Journ. Nov. 1901).

(3) *Constantin Daniel* (Revue de gynécol. et de chir. abdom., 1903).

dans les adhérences nombreuses qui se sont organisées autour d'elle.

Les cas de fibromyomes accompagnés de pyosalpinx ne sont pas très rares dans la littérature médicale, Constantin Daniel (1) en a réuni 22 cas dont le plus ancien en date est de Cloquet (3) en 1835; Hall (2) Mizuch (4), Russel (5), Moulonguet (6) (Obs. XXXV), Martin (7) en ont publié des observations.

M. Oui (8) au cours des séances de la Société centrale de Médecine du Nord en a présenté deux cas très intéressants (Obs. XVIII et XXVI). En 1901 Frederick Bowman-Jessett (9) dans un travail sur les

(1) *Constantin Daniel* (Revue de gynécol. et de chir. abdom., 1903).

(2) *Hall.* Case report of fibroïd tumor of the uterus with suppurat. ovary discharging per rectum (Medical Record. New-York, 1895, p. 276).

(3) *Cloquet.* Tum. fibreuse en dehors et au dessus de la matrice, hydropisie de la trompe du côté droit, vaste poche pleine de pus remplissant le bassin (Bullet. clin. Paris, 1835, p. 15).

(4) *Mizuch.* Fibromyoma uteri mixtum et pyosalpinx, etc. Objazat pat. anat. izslied stud. med imp. Charkow Universitad, 1891, p. 278.

(5) *Russel.* Submucous fibromyome, with pyosalpinx, removed by morcellation (Am. Journ. of obst. New-York, 1895).

(6) *Moulonguet.* Tum. kystique de l'utérus avec pyosalpinx double (Gaz. méd. de Picardie. Amiens, 1894, XII, p. 67).

(7) *Martin.* Fibroïd of the uterus with double pyosalpinx (The american gynecological and obst. Journ.) (1896, VIII).

(8) *Oui.* Fibrome et pyosalpinx (Echo médical du Nord, 1903).

(9) *F.-B. Jessett* (loc. cit.).

complications qui surviennent durant l'évolution des fibromyomes utérins en cite aussi un cas qu'il avait confondu avec la rupture d'une grossesse extra-utérine.

La grossesse ectopique a été trouvée quelquefois coïncidant avec des fibromes utérins. Il semble cependant résulter du travail de Greco (1), que, sans être aussi intransigeant que lui et nier l'action mécanique du fibrome qui mettait obstacle au passage dans l'utérus de l'œuf fécondé, on peut admettre que les fibromes ont une certaine influence sur la production de grossesses extra-utérines « par l'altération de la muqueuse qui empêche la marche de l'œuf fécondé, ce qui est confirmé histologiquement, puisque la muqueuse tubaire est fréquemment altérée », et que quelquefois ils agissent cependant mécaniquement en comprimant la trompe ou en obstruant son orifice utérin.

(3) *Greco* (loc. cit.).

ALTÉRATIONS DES OVAIRES

Pendant l'évolution des fibromes, les ovaires sont beaucoup plus souvent malades que les trompes, et, pour certains auteurs, comme Bullius (1), Popow (2), les ovaires sont toujours atteints chez les fibromateuses.

Schvartz et Hepp (3) dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, semblent partager cette opinion et décrivent avec soin les lésions des ovaires : « A un premier degré, ils sont durs, blanchâtres, parsemés de kystes folliculaires, contenant une sérosité citrine ; plus tard ils sont petits, ratatinés, très durs ;

(1) *Bullius.* Der Eierstock bei fibromyoma uteri (Zeitschrift f. geb. und gynecol. 1892, XXIII, p. 358).

(2) *Popow.* Zur Fräge uber die Veränderungen der Ovarian bei Fibromyoma uteri (Centr. f. gynecol. 1890, XIV, p. 881).

(3) *Schvartz* et *Hepp* (In Traité de chir. Le Dentu et Delbet. T. X, p. 681).

à l'examen microscopique les follicules de Graaf sont complètement étouffés par le tissu de sclérose. » Ce sont en effet les lésions que l'on observe le plus souvent, on les trouve dans un premier stade, blancs bleuâtres, triplés de volume, scléreux et contenant quelques petits kystes, puis le tissu de sclérose devient prédominant, on trouve l'ovaire bridé, étranglé par des bandes scléreuses, et il peut arriver à un degré extrême de sclérose dans lequel il est alors petit, dur et bosselé.

Pour Greco (1), les altérations des ovaires consistent, macroscopiquement, en une légère hypertrophie avec présence de petits kystes à la superficie où à la section, ils contiennent quelquefois des collections purulentes et des fibromyomes. Les altérations histologiques sont constituées primitivement, par la dilatation, l'augmentation numérique et l'oblitération des vaisseaux, avec épaississement et dégénérescence hyaline de leur paroi, et prolifération du tissu conjonctif du stroma, ces altérations conduisent ensuite à la diminution des follicules primordiaux, à la dégénérescence microkystique, à l'atrésie et à la dégénérescence hyaline des vésicules de Graaf avec formation de *corpora fibrosa*.

En résumé, il y a deux sortes d'ovarite ou plutôt deux stades dans son évolution, la forme hypertrophique et la forme atrophique. C'est de beaucoup la forme atrophique qui est la plus fréquente, les ovaires y sont souvent polykystiques. Dans nos observations

(1) *Greco* (loc. cit.).

nous n'avons rencontré la forme hypertrophique que 3 fois (obs. XI, XII, XIV).

Presque toujours dans les ovarites, les ovaires sont atteints de dégénérescence kystique qui peut affecter deux formes : ovarite hydrokystique et ovarite hémato-kystique.

L'ovarite hydrokystique est la plupart du temps alliée à la sclérose, comme nous l'avons dit plus haut, et la réunion des deux lésions constitue l'ovarite scléro-kystique. Elle est caractérisée par la présence de nombreux petits kystes dont le volume varie du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois. Quand il y a des lésions de sclérose, le stroma conjonctif est hypertrophié et épaissi, les follicules de Graaf sont rares ou tout à fait disparus suivant la gravité des lésions. Les ovaires étaient atteints de ces lésions dans nos observations I, II, IV, V, VI, VIII, XIII, XV, et qui a motivé leur ablation. Dans les observations V et XV, un des ovaires avait déjà été enlevé dans une intervention précédante. Dans l'observation III, les ovaires étaient partiellement scléro-kystiques, on les a laissé en place dans un but opothérapique. C'est dans le même esprit que dans l'observation XII où on a laissé l'ovaire droit un peu scléreux.

Ces cas de maladie microkystique des ovaires ne sont pas rares dans la littérature médicale. Constantin Daniel (1) a pu en réunir 10 ou 11 cas, nous rapportons nous-mêmes un cas présenté par Jon-

(1) *C. Daniel* (loc. cit).

nesco (1) à la société de chirurgie de Buccharest dans lequel l'auteur spécifie nettement la dégénérescence des ovaires (obs. XXIII). Dans d'autres cas il y a une véritable hydropisie du follicule de Graaf qui peut atteindre le volume d'une noix (obs. XVI).

La dégénérescence hémato-kystique de l'ovaire est beaucoup plus rare, C. Daniel n'en a trouvé que 4 cas dans les publications parues. M. Oui (2). dans une des dernières séances de la Société centrale de chirurgie du nord, a présenté des pièces provenant d'une femme souffrant depuis un an et demi de violentes douleurs au moment de ses règles. L'utérus était gros, fibromateux en masse, et un des ovaires était transformé en une poche sanguine grosse comme un bel œuf (obs. XXV). Nous avons observé, nous-mêmes, chez une malade se plaignant aussi de violentes douleurs au moment de ses règles, un ovaire contenant un gros kyste séro-hématique du volume d'une petite noix (obs. VII).

Sur 150 opérations pratiquées pour fibromes utérins, Lauwers (3), a constaté douze fois la présence d'hématomes salpingiens et ovariques, une seule fois

(1) *Jonnesco*. Bulletin et Mémoires de la soc. de chir. de Bucharest (mai 1902).

(2) *Oui* (Echo méd. du Nord. Oct. 1902). Utérus fibromateux et hémorrh. de l'ovaire.

(3) *Lauwers*. Des corps fibreux de l'utérus compliqués d'hémathomes des ovaires et des trompes (*Bulletin de la soc. belge d'obst. et de gynécol.* (1002).

la tumeur sanguine occupait la trompe, onze fois la lésion avait pour siège l'ovaire lui-même et dix fois elle fut trouvée bilatérale. Ces hématomes présentaient le plus souvent le volume d'un petit pois ou d'une noix et dans la plupart des cas les ovaires étaient fixés par des adhérences. Deux fois il trouva les ovaires transformés en des sacs du volume du poing, distendus par un liquide rappelant l'aspect du goudron.

Beaucoup plus fréquente est l'hémorrhagie des corps jaunes, et il n'est pas rare de trouver chez les fibromateuses un ovaire plus ou moins scléreux ou scléro-kystique portant un corps jaune hypertrophié et hémorrhagique du volume d'une noisette au maximum. Pilliet (1), en a fait l'étude histologique : « A la périphérie, le corps jaune est revêtu d'une couche dense et serrée, de tissu ovarique dans laquelle existent un certain nombre d'ovules non développés et d'ovisacs puis une nappe d'hémorrhagie et des vaisseaux veineux dilatés. Plus en dedans on trouve la membrane interne épaisse comme dans la grossesse, foncée, composée de ses énormes cellules à noyau arrondi ou fusiforme. Le centre, enfin, est occupé par des vaisseaux en grande partie nécrosés et par des reliquats d'hémorrhagie. » Dans une autre observation

(1) *Pilliet.* Corps jaune anormal[t] développé et accompagné de fibromes utérins. *Bullet. de la soc. anatom.* (1897, *p.* 368). Note sur l'état des corps jaunes dans la fibromatose utérine. *Bulletin de la soc. anat.* (1898, *p.* 293).

de Pilliet, il y a deux corps jaunes, l'un blanc décoloré, l'autre noir hémorrhagique ; le corps blanc était composé de cellules à type étoilé noyées dans du tissu conjonctif, le 2e corps jaune est inondé de sang à son centre et ses divers éléments portent des traces d'hémorrhagies anciennes (pigment hématique).

Dans un cas que nous avons observé, l'ovaire était scléreux et très hypertrophié et il portait à l'un de ses pôles, un gros corps jaune franchement hémorrhagique du volume d'une noisette (obs. XV).

Dans un autre cas l'ovaire était doublé de volume et œdémateux, le corps jaune hémorrhagique était gros comme un pois (obs. XI).

Constantin Daniel (1) considère cette lésion comme très rare et à part ces deux cas rapportés par Pilliet (obs. XXX et XXXI), il n'en a trouvé aucun autre dans les différentes publications qu'il a consultées, et n'a pu en observer personnellement qu'un cas sur 70 observations. Nous avons été assez heureux pour en réunir deux observations inédites, dont l'une nous est personnelle, mais nous n'avons eu à notre disposition qu'un nombre trop restreint d'observations pour en induire que ces cas sont plus fréquents que ne le prétend cet auteur.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la tuberculose de l'ovaire. La tuberculose de l'ovaire est très rare ; elle est habituellement secondaire à la tuberculose des trompes, du péritoine, et son association avec

(1) *Constantin Daniel* (loc. cit.)

la fibromotose a été si peu souvent constatée, qu'à l'inverse des lésions de sclérose, nous ne croyons pas qu'elle ait avec la fibromatose utérine d'autres relations que celles dues au hasard et que ce sont là deux lésions indépendantes l'une de l'autre.

A côté des lésions que nous avons décrit précédemment sous le nom de dégénérescence polykystique ou scléro-kystique, on a trouvé des cas où le fibrome coïncidait avec des kystes de l'ovaire, ou plutôt, pour être exact, dans des interventions nécessitées par de gros kystes de l'ovaire on a trouvé, au cours de l'opération, des fibromes de l'utérus.

Les kystes de l'ovaire peuvent être mucoïdes ou dermoïdes ; on ne connaît pas de cas de kystes mixtes compliquant le fibrome.

Les cas de kystes de l'ovaire coïncidant avec des fibromes sont rares ; Monod (1), dans un article qu'il a publié sur ce sujet dans les *Archives Cliniques de Bordeaux*, a observé 700 cas de fibromes et n'a trouvé que 30 cas (soit 4,28 pour cent) où cette affection était compliquée de kystes, et, tout en faisant remarquer l'influence incontestable des fibromes sur la dégénérescence kystique de l'ovaire, il exprime ses doutes sur la probabilité des relations entre les fibromes et les gros kystes de l'ovaire.

(1) *Monod*. De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus. Indications opératoires qui en résultent (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1892).

F.-B. Jessett (1) publia, en 1901, un mémoire sur les complications qui surviennent durant l'évolution des fibromyomes de l'utérus, il y envisage la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes et il exprime l'opinion que les kystes de l'ovaire se rencontrent rarement dans le cours des gros fibromes, mais que, par contre, si dans une ovariotomie on examine l'utérus, on trouve souvent la surface de cet organe semée de petits noyaux myomateux. Il intervint dans deux cas de fibromes avec gros kystes de l'ovaire (obs. XXVII).

Jonnesco (2), dans une récente séance de la Société de Chirurgie de Buccharest, a présenté les pièces provenant de deux femmes atteintes de fibromes et de kystes de l'ovaire (obs. XX et XXI). Dans l'un de ces cas (obs. XX) il y avait cinq petits polypes intracavitaires. Dans l'autre cas (obs. XXI) il constata pendant l'opération qu'il faisait pour kyste de l'ovaire, que l'autre ovaire était dégénéré et qu'il y avait aussi un petit fibrome interstitiel de la grosseur d'une noix, ce qui le décida à faire l'hystérectomie totale.

Le contenu du kyste ovarique est en général un liquide filant jaune clair (quelquefois brun foncé). Ces kystes ont une paroi propre conjonctive qui contient les vaisseaux. En dedans, l'épithélium qui le tapisse est cylindrique ; en dehors, il est cubique. On voit souvent des cellules embryonnaires s'infiltrer

(1) *F.-B. Jessett* (loc. cit.).

(2) *Jonnesco* (loc. cit.).

entre les cellules épithéliales cylindriques du revêtement interne, ce qui explique les observations cliniques de kystes prenant les allures de tumeurs malignes.

On connaît aussi quelques cas de kystes dermoïdes compliquant des fibromes; leur volume varie d'un œuf à une tête de fœtus, ils sont lisses et contiennent un liquide huileux ou visqueux dans lequel nagent des débris d'os, des dents et des poils. Ils sont beaucoup plus rares que les kystes mucoïdes et dans les quarante-cinq cas de kystes de l'ovaire que C. Daniel a pu recueillir dans la littérature médicale, il n'y a que cinq cas de kystes dermoïdes.

Ziembieki (1) a fait. en 1875, une thèse sur les tumeurs solides de l'ovaire (fibromes, sarcomes, épithéliomes) et il en résulte que ces néoplasmes n'ont été que très rarement vus au cours de fibromyomes. Dans une thèse récente de Gascheau (2) sur le même sujet, il n'y a qu'une observation de tumeur solide compliquant un fibrome (obs. XVII). Cette observation appartient à M. Segond et l'auteur n'a pas précisé la nature de la tumeur.

D'après ces deux auteurs, le néoplasme de l'ovaire le plus commun, dans le cas spécial qui nous occupe, paraît être le fibromyome.

Comme le fibrome utérin, il est de volume très variable et, du volume d'une noix, peut atteindre le

(1) *Ziembicki*. Thèse de Paris, 1875.
(2) *Gascheau*. Thèse de Paris, 1903.

volume d'une tête d'enfant. Il affecte la forme d'une masse dense, plus ou moins lobulée, de tissu fibreux ou de tissu fibro-musculaire, suivant les cas. Il est quelquefois creusé de cavités contenant du liquide séreux ou hématique.

Les sarcomes et les épithéliomes sont encore plus rares et nous n'en connaissons que deux cas : dans l'un, publié par Claisse et Dartigues (1), il s'agissait d'un épithélioma ; dans l'autre qui appartient à Bouglé (2), il y avait fibrome et épithéliome de l'utérus et secondairement épithéliomes des ovaires.

Au point de vue clinique, on peut considérer comme tumeurs malignes les *tumeurs végétantes* de l'ovaire connues sous le nom de *papillomes*. C'est cette tumeur que M. Pozzi appelle *kyste proligère papillaire*, qui peut être solide d'emblée ou passer par le stade de *kyste proligère glandulaire* (kystes mucoïdes) ; dans ce cas il se produit à l'intérieur du kyste des végétations exhubérantes qui comblent sa cavité, s'épanchent au dehors et transforment le kyste en tumeur solide affectant l'aspect d'un chou-fleur. On n'a observé qu'une fois cette tumeur coïncidant avec des fibromes, c'est Bouglé (2) qui, au cours d'une hystérectomie abdominale pour fibrome, trouva une tumeur de l'ovaire dont

(1) *Claisse* et *Dartigues*. Tumeur solide de l'ovaire avec fibrome utérin (*Bulletin de la société anat.* 1899, *p.* 1038).

(2) *Bouglé*. Fibrome utérin et cancer végétant de l'ovaire (*Bulletin de la société anat.* 1900, *p.* 514 et 530).

M. Cornil fit l'examen histologique avec le diagnostic du papillome (Obs. XXXVIII).

Constantin Daniel (1), avec les altérations annexielles, a étudié les altérations du ligament large.

Il existe en effet, dans l'épaisseur du ligament large, des organes rudimentaires restés à l'état embryonnaire (corps de Rosenmüller ou epovarium, parovarium, hydatide pédiculée de Morgagni et canal de Gartner), qui peuvent être le point de départ de lésions pathologiques, formations kystiques ou tumeurs solides. Ce sont en général des kystes du ligament large, des tumeurs solides et le varicocèle pelvien.

Les kystes du ligament large ont été aussi appelés kystes Wolffiens, parce qu'ils se développent aux dépens des débris du corps de Wolff, ils sont volumineux (kystes parovariens) ou de petites dimensions (microkystes du ligament large).

Il existe une autre variété de kystes, ce sont les kystes du pavillon de la trompe développés aux dépens de l'hydatide de Morgagni.

Ces kystes sont en général uniques, arrondis, de volume très variable, remplis de liquide clair comme de l'eau de roche, qui se différencie du contenu des kystes de l'ovaire par une particularité importante : il ne contient pas de paralbumine que l'on décèle toujours dans le liquide des kystes ovariens. Leur paroi est conjonctive et tapissée en dedans d'un épithélium sans caractère bien défini.

(1) *C. Daniel* (loc. cit., p. 68).

Constantin Daniel n'en a trouvé que deux cas accompagnant des fibromes sur soixante-dix observations (Obs. XXXII et XXXIII) et n'a pu en recueillir que dix cas dans les différentes publications parues.

Encore plus rares sont les tumeurs solides du ligament large coïncidant avec des fibromes, on n'en connaît que deux cas (Obs. XXX et XXXI) dus à Neill (1) et à Pilliet (2) et ces tumeurs étaient des fibromes.

On trouve assez fréquemment, au cours des fibromes utérins, les lésions du varicocèle pelvien et son retentissement sur les ovaires a été l'objet des études de plusieurs auteurs. Paul Petit (3), dans des articles sur ce sujet, émet l'opinion que les lésions (de l'ovaire), débutent, comme dans toute phlébectasie, par l'œdème pour aboutir à la sclérose. Dans nos observations, nous avons cinq cas où les ovaires, légèrement sclérosés ou polykystiques, sont nettement augmentés de volume et œdémateux (Obs. X, XI, XII, XIV et XV). Dans l'Observation X seulement, le varicocèle tubo-ovarien était volumineux.

Roussan (4), dans sa thèse, décrit aux lésions de

(1) *Neill.* Myomata of the uterus, broad ligaments and ovaries. Calcareous and suppurative degeneration (*Procedings of the Pathological Society* (Philadelphie, 1871, III, p. 115).

(2) *Pilliet.* Note sur l'état des corps jaunes dans la fibromatose utérine. *Bulletin de la soc. anat.* 1898, XXIII, p. 293.

(3) *Paul Petit,* Varicocèle de l'ovaire (*Soc. d'obst. et de gynécol. de Paris* (1891, mai).

(4) *Roussan.* Thèse, Paris (1892).

l'ovaire (qu'il attribue en grande partie à des troubles circulatoires et nutritifs), deux phases distinctes : 1° l'une qu'on pourrait appeler mécanique ou de congestion passive, dans laquelle l'ovaire est augmenté de volume, œdémateux, pseudo-kystique ; 2° l'autre, de sclérose progressive, aboutissant à l'atrophie et à la formation scléro-kystique.

Les lésions microscopiques sont différentes suivant l'époque à laquelle on les considère ; dans une première période, celle que Roussan appelle mécanique, il y a stase veineuse, engouement, infiltration œdémateuse de l'ovaire et consécutivement apparaissent des troubles de nutrition, diapédèse active, fonte cellulaire et disparition progressive des ovules.

Dans une deuxième période il y a sclérose progressive aboutissant à l'atrophie de l'organe.

Nous n'avons trouvé dans nos observations que deux fois le varicocèle pelvien. Dans l'observation IX, le varicocèle tubo-ovarien était si intense, qu'il nécessita l'ablation des annexes droites, et dans l'observation X, les vaisseaux du petit bassin sont si volumineux, gorgés de sang, qu'on pense à une grossesse extra-utérine. Dans ces deux cas les ovaires étaient dégénérés, sclérosés, kystiques, dans l'observation X, ils étaient augmenté de volume.

Il ne suffit pas de considérer les lésions annexielles possibles pendant l'évolution normale des fibromes, il faut aussi envisager les cas où les fibromes sont altérés. Le fibrome peut en effet subir la calcification, la dégénérescence graisseuse, amyloïde, ou

colloïde, la transformation fibro-kystique, il peut être atteint de nécrobioses, toutes dégénérescences bénignes ; dans d'autres cas, il peut se transformer en cancer ou sarcome.

Il est aussi des observations de suppuration ou de gangrène du fibrome, de torsion de son pédicule ou de l'axe de l'utérus fibromateux, qui peuvent retentir d'une façon spéciale sur les annexes.

Dans un travail sur les lésions des annexes observées au cours des fibromes, Gréco (1), a consacré un chapitre spécial aux retentissements sur les annexes des altérations des fibromes, et il arrive aux conclusions suivantes :

« 1° La suppuration et le sphacèle des fibromyomes utérins peuvent produire un processus analogue dans les annexes ; les alterations qui se font dans ces organes, dépendent principalement des facteurs suivants : siège de la tumeur, siège de l'altération dans la tumeur, nature septique de celle-ci ;

« 2° La dégénérescence calcaire peut altérer les annexes, ou par compression directe, ou par l'inflammation réactionnelle qui peut survenir autour d'elle ; pour les autres dégénérescences, la fibro-kystique par exemple, peut avoir une action indirecte sur les annexes par la modification de volume quelquefois rapide qui se fait dans la tumeur, ou par suppuration si elle survient ;

« 3° La torsion des fibromes pédiculés altère principalement les annexes quand elle donne lieu à des

(1) *Greco* (loc. cit.)

phénomènes inflammatoires ; la torsion axiale de l'utérus fibromateux détermine dans les annexes : *a*) Dans un premier temps des phénomènes circulatoires et hémorrhagiques, dépendant de la stase sanguine ; *b*) Des altérations produites par la suppuration et le sphacèle qui peuvent se rencontrer dans la tumeur ; *c*) La rotation des annexes plus sensibles, spécialement aux ovaires. » Ces conclusions nous les croyons légitimes et elles sont absolument vérifiées d'abord par les observations qu'il rapporte et ensuite par les différentes observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

Tels sont les faits rapportés par Léopold (1), Cockle (2), Richet (3), Delestre (4), Damas (5), Delaunay (6), Tymmers (7) et Pick (8).

(1) *Leopold*. Vereitertes uterusmyom mit linkseitigen Ovarialabacess. Cent. f. gynécol. 1891, p. 95.

(2) *Cockle*. Medical Times (1863).

(3) *Richet*. Complications des polypes de l'utérus. Gaz. des hôpit. 1865, janv.

(4) *Delestre*. Fibrome utérin sphacèlé. Bulletin de la soc. anatomique. Paris, 1898.

(5) *Damas*. Essai experim et clinique sur les complications infectieuses des fibromyomes utérins (Thèse Lyon, 1896).

(6) *Delaunay*. Fib. sous péritonéal à pédicule tordu. Kyste de l'ovaire.

(7) *Tymmers*. Torsie van des Uterus door Fibromyomen. Inang Diss. Leiden, 1891.

(8) *Pick*. Ueber einen Fall von mehrfacher Axendrehung der Uterus bei Myom des Fondus (Prager med. Woch. 1897. H. 19. S. 219).

Dans la seule observation de fibrome sphacélé que nous rapportons, les annexes n'avaient que des lésions de sclérose, parce que ce fibrome était simplement atteint de nécrobiose et par conséquent non septique (obs. V).

PATHOGÉNIE

D'après ce que nous venons de dire, les lésions anatomiques des annexes sont fréquentes au cours des fibromes utérins et suivant les théories admises par les divers auteurs qui se sont intéressés à cette question, il y a trois éléments dans la production de ces lésions : l'infection, la diathèse, l'action mécanique des fibromes sur tout l'appareil tubo-ovarien.

L'infection a depuis longtemps été considérée comme la cause la plus fréquente, et nombre d'auteurs en ont fait ressortir l'influence prépondérante, mais sont d'avis différents sur la voie que suit l'infection dans sa propagation. Cette infection peut se faire de deux manières par contiguité, par la voie muqueuse, et par la voie lymphatique.

Dans son traité de gynécologie, M. le professeur Pozzi (1), envisageant la propagation de l'infection,

(1) *Pozzi.* Traité de gynécologie.

rappelle que l'utérus et les trompes, par suite de leur origine embryonnaire commune, sont unis par une étroite solidarité, qu'il y a continuité immédiate entre leurs diverses tuniques, « d'où, dit-il, la possibilité d'une salpingite ascendante, consécutive, à la métrite, de même qu'il y a une pyélite ascendante consécutive à la cystite invétérée. L'ovaire relié à la trompe par le ligament tubo-ovarien, et en contact presque immédiat avec son pavillon, peut de même être facilement infecté par voisinage. »

Et ce mécanisme est d'autant plus facile à admettre, qu'au cours de l'évolution des fibromes la muqueuse utérine est presque toujours malade. Les nombreux travaux faits sur ce sujet, surtout ceux de Marchesi (1) et de Greco (2), ont prouvé que la muqueuse utérine est malade même dans les cas où l'examen macroscopique ne laisse pas soupçonner de lésions.

Cornil (3), dans ses leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, admet que l'endo-métrite est presque constante dans les cas de fibromes utérins, tout en faisant cette restriction qu'on la rencontre plus fréquemment dans les cas de myomes à leur début que dans les cas de fibromes volumineux. En dehors de cette voie muqueuse, il en est une autre qu'il ne

(1) *Marchesi*. Le alterazioni dell' endometrio in casi di fibromi dello utero. *Annali di obst. e di gynecol.* 1894.

(2) *Greco* (loc. cit.)

(3) *Cornil* (loc. cit.)

faut pas négliger et que Lucas Championnière (1) a mis en lumière en décrivant au niveau des angles de l'utérus des lympathiques superficiels qui se perdent dans le ligament large en arrière et au dessous de la trompe, entre la trompe et le ligament rond, et surtout au dessous de l'ovaire et de la trompe; si l'on y ajoute les lymphatiques profonds formant un second plan « il y a là un groupe lymphatique remarquable qui occupe le creux formé entre la trompe et le ligament de l'ovaire » (Pozzi). On voit ainsi les relations lymphatiques étroites existant entre l'utérus, les trompes et les ovaires.

Il faut remarquer de plus que dans la salpingite, presque toujours, il se forme des adhérences entre le pavillon de la trompe et l'ovaire. Or, Poirier (2), dans une étude sur le rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'utérus, a démontré que ces adhérences sont pour ainsi dire un tissus de lymphatiques et sont ainsi une voie largement ouverte à l'infection de la trompe vers l'ovaire ou réciproquement.

Richelot (3), dans une communication sur la sclé-

(1) *Lucas Championnière*. Lymphatiques utérins (*Th. de Paris*, 1870).

(2) *Poirier*. Du rôle des lymphat. dans les inflam. de l'utérus. *Progrès médical*, 1889-1890.

(3) *Richelot*. La sclerose utérine et la vraie métrite. *Comptes rendus de la soc. d'obst. de gynécologie et de pédiatrie*, 1900, *p*. 214).

rose utérine et la vraie métrite, admet qu'à côté de la métrite d'origine infectieuse dont nous venons de parler, il y a lieu de décrire toute une série de troubles nutritifs observés particulièrement chez les arthritiques, formant une chaîne pathologique « évoluant sur le même terrain et liée au même tempérament morbide. »

M. Pozzi (1) s'élève contre cette opinion et admet au contraire que « presque toutes ces formes avancées de sclérose utérine sont dues au microbisme latent. Schwartz et Hepp (2), dans le *Traité* Le Dentu et Delbet, penchent pour la théorie de la fibromatose arthritique, et, après avoir remarqué que dans nombre de cas on a examiné la cavité utérine d'utérus amputés pour fibrome et qu'on l'a toujours trouvée stérile, concluent ainsi : « La soi-disant métrite des utérus fibromateux serait donc une métrite aseptique, d'autant plus que l'absence d'infiltration leucocytaire dans la muqueuse qui est une de ses particularités, écarte toute idée d'infection. Nous la considérons comme une altération nutritive d'ordre indéterminé, très intéressante à constater, car elle marque la tendance à la prolifération et à la néoplasie des tissus des utérus myomateux. »

Ces deux théories s'appuient sur des faits constatés, aussi est-il probable que les deux sont exactes et, qu'à côté des cas nombreux où l'infection est indiscu-

(1) *Pozzi.* Traité de gynécologie.

(2) *Schvartz* et *Hepp* (in Le Dentu et Delbet). T. VIII, p. 681.

table, il en est où elle ne peut être invoquée et qu'on ne peut expliquer que par une prédisposition spéciale de certains malades.

Il est encore une cause sur laquelle, nous semble-t-il, on n'a pas assez attiré l'attention : c'est le retentissement du varicocèle pelvien sur la nutrition de l'ovaire analogue à la sclérose testiculaire consécutive au varicocèle de l'homme. « En effet, dit Constantin Daniel, le cycle inverse est possible et de même que l'utérus fibromateux crée en quelque sorte le varicocèle, la lésion une fois constituée peut retentir par contrecoup sur l'utérus lui-même, et, comme le pensait Parter, il serait intéressant de rechercher si la stase veineuse doit influencer fatalement tout l'appareil génital et dans quelle mesure l'utérus, en particulier, est intéressé. »

Cette influence inverse des affections annexielles sur l'utérus a été signalée par bien des auteurs. Jones (1) va même jusqu'à supposer que ces altérations utérines, consécutives à des lésions annexielles, peuvent être le point de départ de fibromes. Monod rapportant une observation de Lawson-Tait, où l'auteur cite un fait de fibrome volumineux qui disparut après l'ablation d'un kyste de l'ovaire, s'exprime ainsi : « Certains faits tendraient à faire admettre que les myomes utérins peuvent être sous la dépendance

(1) *Jones*. Fibroid tumors of the uterus, their relations to deseased adnexae. *Annals of gynecol. ad Pediatry Boston*, 1901, XIV, *p.* 457.

de véritables kystes des ovaires. » Il est vrai que quelques lignes plus loin, après avoir rapporté l'opinion contraire de M. Pozzi, il ajoute qu'il est difficile de savoir si c'est le kyste ou le fibrome qui s'est développé le premier.

Enfin, il faut rappeler en dernier lieu l'action directe des fibromes sur les annexes. Elle s'exerce en comprimant la trompe et en empêchant ainsi l'écoulement des secrétions. Cet obstacle, à part les troubles de nutrition dus à la compression elle-même, tend à transformer le conduit tubaire en « cavité close », où s'exalte la virulence des agents pathogènes, si l'infection existe. Duplay et Reclus (1) dans leur traité de chirurgie considèrent cette action comme importante au point de vue de l'infection, comme faisant obstacle au drainage naturel de la trompe, les liquides sécrétés stagnent, s'altèrent et « deviennent des bouillons de culture pour les microbes pathogènes contenus normalement dans l'utérus. » On a même invoqué cette compression pour expliquer la formation des hydrosalpinx. Certains auteurs « Orthman, Cornil, Meuge, Këlly, admettent l'hydrosalpinx primitif, c'est-à-dire par rétention du liquide hypersécrété par la muqueuse, et ne pouvant s'épancher au dehors en raison de l'imperméabilité des orifices. qu'il y ait ou non intervention de salpingite catarrhale. On l'observe, tel en effet, dans certains cas de tumeurs déviant la trompe et à l'exclusion

(1) *Duplay* et *Reclus*. Traité de chirurgie. T. VIII, p. 149.

de tout processus inflammatoire. (Le Dentu et Delbet (1). C'est aussi l'avis de Pompe van Meerderwoort (2) qui, dans un article sur l'étiologie de l'hydrosalpinx proteste contre l'opinion classique indiquant l'inflammation comme la cause unique de l'hydrosalpinx.

« En réalité, dit-il, l'hydrosalpinx peut se rencontrer dans tous les processus où l'on observe de l'hyperhémie de l'appareil tubaire.

C'est ainsi, entre autres, que dans les cas de myomes de l'utérus, l'hydrosalpinx est une complication qui est loin d'être rare. »

Ces auteurs semblent oublier que, comme nous l'avons établi précédemment, dans les cas de fibromes utérins, presque toujours les trompes sont atteintes de salpingite, qu'il n'est souvent possible de déceler qu'à l'examen microscopique, et nous nous rangerons plutôt à l'avis de notre maître, M. le Professeur Pozzi, qui n'admet que l'origine inflammatoire des salpingites kystiques et soutient que l'hydrosalpinx résulte dans la plupart des cas de la transformation d'un hemato ou d'un pyosalpinx. Nous avons du reste traité cette question à propos de l'anatomie pathologique de ces salpingites.

(1) *Le Dentu* et *Delbet*. Traité de chirurgie. T. X, p. 792.

(2) *Pompe van Meerderwoort*. De l'étiologie de l'hydrosalpinx. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*. 1901.

PRONOSTIC

Par cette étude des complications annexielles au cours de l'évolution des fibromes, on peut se rendre compte que le pronostic est toujours sérieux dans les cas de fibromes.

Ce pronostic est encore singulièrement noirci lorsqu'il s'agit de fibromes compliqués de lésions tubo-ovariennes, et la gravité de ces lésions est telle que souvent ce sont elles qui dictent au chirurgien sa conduite et le forcent à intervenir dans des cas où le fibrome seul par son petit volume, ou l'âge de la femme auraient plutôt poussé le chirurgien à garder l'expectative.

On a vu la mort survenir dans des fibromes non compliqués d'altérations annexielles par péritonite consécutive à la tortion du pédicule avec gangrène de la tumeur, ou consécutive à l'infection ou la gangrène d'un myome interstitiel, ou sous-muqueux. On a

aussi vu des cas de mort, dans les fibromes volumineux, par suite de phénomène de compression (embolie, urémie, occlusion intestinale), aussi est-il évident que dans le cas de complications annexielles, le pronostic est tout à fait aggravé.

Il y a une autre conclusion à tirer de cette étude, c'est que l'activité génitale de la femme est gravement compromise dans les cas de fibromes, par suite de la fréquence des altérations de l'appareil tubo-ovarien. Certains auteurs n'envisagent que la stérilité causée par l'obstacle que peut apporter le fibrome à la progression des spermatozoïdes ou par la difficulté pour l'ovule fécondé de parvenir jusqu'à la cavité utérine (d'où grossesse tubaire), ou bien font une trop large part à cette cause mécanique de stérilité qui n'est que peu fréquente. « La stérilité, disent Le Dentu et Bonnet (1), n'est pas fatale lors d'annexite unilatérale et même il n'est pas exceptionnel de voir survenir la grossesse en cas de bilatéralité des lésions, au moins à une période éloignée du début. » Certains même, comme M. Pinard, voient dans l'inactivité fonctionnelle de l'utérus la cause la plus fréquente des fibromes. Pour M. Pozzi (2), la stérilité au contraire, serait non pas une cause, mais une conséquence de la fibromatose, et nous serions plutôt portés à partager cette opinion, car, dans toutes ou presque toutes les observations que nous rapportons, la gravidité remonte

(1) *Le Dentu* et *Bonnet* (in traité de chirurgie Le Dentu et Delbet).
(2) *Pozzi* (Traité de gynécologie).

à une date assez éloignée, et dans plusieurs, même le début des accidents remonte à une infection puerpérale, suivie de stérilité.

Deux fois seulement, nos observations ont trait à des femmes n'ayant jamais eu ni enfants ni fausses-couches.

TRAITEMENT

Dans les cas de fibromes ou d'annexite, on cherche toujours et avec raison à user des méthodes conservatrices, et même, dans certains cas, on peut employer avec fruit le traitement médical. Mais dans les cas de fibromes compliqués de lésions annexielles, il ne faut pas hésiter, dans l'immense majorité des cas, à pratiquer l'hystérectomie totale.

Quel est le procédé opératoire de choix? Nous ne croyons pas devoir conseiller l'hystérectomie vaginale, qui est cependant employée avec succès pour l'ablation des fibromes peu volumineux et sans adhérences. Mais dans les cas qui nous occupent, ce procédé est trop aveugle et peut être rendu difficultueux par des adhérences des annexes avec les organes voisins. Il est de plus souvent fort incomplet quand il s'agit de lésions multiples et étendues.

Nous conseillerons donc l'hystérectomie abdominale,

qui seule permet une exploration complète et une recherche méthodique des lésions de l'appareil génital ou des organes voisins ; on aura en général recours à l'hystérectomie abdominale totale par le procédé américain, ou bien on pourra faire l'hystérectomie suivie de l'ablation uni ou bi-latérale des annexes. Aussi souvent qu'il sera possible, on conservera un ovaire sain ou n'ayant que des lésions partielles qu'on peut réséquer, on peut aussi avoir recours à l'ignipuncture.

Quand les fibromes sont petits, les lésions annexielles légères et la femme âgée, on pourra procéder à la castration dans l'espoir d'amener la régression de la tumeur fibreuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite.) (1)

Ovarite chronique droite. Salpingite catarrhale droite. Fibrome de la corne gauche de l'utérus.

Lucie R... 33 ans, ménagère.

Chétive, dès son enfance, elle a la fièvre thyphoïde à 13 ans. Elle est sujette aux maux de gorge et aux bronchites et a 17 ans elle a une bronchite qui lui dure 6 mois, elle était alors anémique. Elle est réglée à 17 ans régulièrement et sans douleurs. Ses règles peu abondantes durent 5 à 6 jours.

Depuis l'âge de 20 ans, elle a des pertes blanches dans l'intervalle des règles. Elle est mariée à 22 ans, on ne trouve

(1) Les observations inédites que nous rapportons de I à XVII proviennent du service de M. le Professeur Pozzi à l'hôpital Broca.

pas d'antécédents gonococciques. Elle a eu six grossesses dont quatre normales avec accouchement à terme et deux fausses couches. Cependant quinze jours après son premier accouchement, elle a eu de l'infection puerpérale (frissons, fièvre, vomissements.)

Pendant sa dernière grossesse (il y a 3 ans) elle a eu des douleurs dans le ventre d'une manière intermittente. De plus, elle a eu pendant cette grossesse une congestion pulmonaire. Après l'accouchement (à terme) elle reste très faible, ne peut plus se mouvoir ; plus tard ses règles *reviennent douloureuses, très abondantes* et durent cinq jours.

Depuis sa dernière grossesse, elle a des douleurs dans le ventre, revenant par crises et que le repos n'améliore pas. Elle a beaucoup de caillots au moment de ses règles et des douleurs violentes avec irradiation dans les reins. Elle a aussi des pertes blanches.

Depuis 3 ans, elle urine sept à huit fois le jour et trois ou quatre fois la nuit. sans toutefois avoir des douleurs à la miction. Les urines sont quelquefois troubles.

L'appétit est capricieux, la digestion difficile. Envies de dormir après les repas, constipation grande émotivité. Elle présente aussi des signes d'insuffisance ovarienne : sueurs la nuit, maux de tête, pertes de mémoire, sommeil pénible, cauchemars. On trouve le col sclérosé, irrégulier, déchiré latéralement et sectionné.

L'utérus est gros, dur. mobile, et légèrement antifléchi.

Les annexes gauches sont légèrement prolabées et douloureuses. La trompe est augmentée de volume.

On fait la laparotomie médiane. Incision de 6 cent., on trouve un utérus gros, marbré, renversé en arrière. Les

annexes sont peu adhérentes, mais prolabées. On juge utile d'enlever les annexes droites seulement. Les gauches sont désenclavées. Le petit fibrome de la corne gauche est extirpé après incision de sa coque. La loge est hémostasiée par un point profond, puis un surjet profond et un surjet superficiel. L'opération est terminée par une hystésopexie double au catgut, au niveau des ligaments ronds de l'utérus.

Drainage d'essai au drain.

Examen des pièces. — Il s'agissait d'un fibrome du volume d'une amande. Les annexes étaient atteintes de lésions parenchymateuses.

OBSERVATION II (Inédite)

Fibrome utérin. Annexite double.

Lucèle P..., 43 ans.

Entrée le 6 mai 1902, opérée le 20 mai 1902. Réglée à l'âge de 12 ans, ses règles sont normales, abondantes, cependant elle a des pertes blanches depuis une dizaine d'années.

Elle a eu deux grossesses normales. Accouchement à terme. Depuis 6 ans environ elle a des pertes de sang très abondantes durant environ six jours et se renouvellant tous les quinze jours. Pendant ces pertes, elle a des douleurs très vives dans le bas ventre, et est forcé de garder le lit. Dans l'intervalle, elle ne souffre que d'une simple pesanteur au bassin.

La malade entre à l'hôpital parce que son ventre a grossi.

Son ventre est très gros et à la palpation on sent une tumeur dure du vol d'une grosse tête de fœtus à terme, remontant jusqu'à l'ombilic et surtout perceptible à droite.

Le col remonté est un peu dur, l'utérus est gros et dur, et on se rend compte par le toucher que la tumeur sentie par la palpation fait corps avec l'utérus ; on fait le diagnostic de fibrome de la paroi antérieure (surtout à droite), et du fond.

Opération. (le 20 mai). Hystérectomie intra cervicale avec ablatation des annexes.

On fait l'incision médiane et sous-ombilicale, et on découvre le fibrome qui adhère un peu en arrière.

On décolle la vessie et on incise le ligament large droit du haut en bas, puis on sectionne le col transversalement et on incise le ligament large gauche de bas en haut.

Les utérines sont pincées au moment où elles sont coupées.

Puis on fait l'hémostase et on suture le moignon utérin à points isolés.

Enfouissement du moignon sous un surjet préritonéal.

Reconstitution des ligaments larges.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Examen des pièces. Il s'agissait d'un fibrome du volume d'une tête d'enfant nouveau-né, très dur et très irrégulier, s'étant surtout développé au dépend de la face antérieure de l'utérus et n'ayant aucune mobilité sur l'organe, dont la conservation était impossible.

Les ovaires sont entièrement scléro-kystiques.

OBSERVATION III (Inédite)

Fibromes multiples. Ovaires partiellement scléro-kystiques. Fibrome sphacélé.

Victoire C..., entre à l'hôpital Broca le 12 août 1902. 39 ans. Lingère.

On fait le diagnostic de fibromes multiples de l'utérus, l'utérus est bosselé.

La malade est opérée le 23 août.

Laparatomie. L'utérus est polyfibromateux, des fibromes saillants en bossèlent la surface. Il est difficilement mobilisable. On place une pince sur chaque ligament large, puis section en dedans pour libérer l'utérus, il ne vient pas. Avec la pointe de gros ciseaux, M. Thierry pratique alors l'énucléation de plusieurs fibromes qui diminuent la masse gênante par sa difformité de l'utérus, puis l'utérus est entamé un peu au dessous de l'hysthme avec des ciseaux. L'utérus sous les péri toines apparaît friable, il s'agit d'un fibrome volumineux de la face antérieure de l'hysthme qui s'est sphacélé. On enlève aux ciseaux cette masse indistincte, puis on progresse d'avant en arrière. La cavité utérine ouverte est stérilisée au thermo-cautère, les utérines sont pincées et la tumeur est enlevée.

Les deux pédicules tubo-ovariens internes sont liés, les ovaires sont laissés, ils sont atteints de dégénérescence scléro-kystique partielle, les utérines sont liées.

Le col est fermé par un seul plan de catgut prenant séreuse et musculeuse de chaque coté. Les deux fils externes sont conservés, ils servent à amarrer de chaque coté la tranche utérine à la paroi.

Des catguts sont passés allant de la séreuse préutérine au bord du péritoine pariétal, en sorte que le moignon utérin vient par sa surface antérieure et sa surface de section s'accoler au péritoine pariétal.

Fermeture. On laisse deux mèches rétro-utérines à cause du suintement.

Examen des pièces. Utérus polyfibromateux du poids de 800 grammes, des fibromes saillants en bossèlent la surface. Sphacèle d'un fibrome. Les ovaires étaient partiellement scléro-kystiques, et ont été laissés en place dans un but opothérapique.

OBSERVATION IV (Inédite)

Utérus fibromateux avec annexite double et pelvi-péritonite très accentuée.

Eugénie V..., 39 ans, crémière, entre à l'hôpital Broca le 20 octobre 1902. On l'opère le 30 octobre. On fait l'hystérectomie supra-vaginale par le procédé américain. Opération sans incident.

Suture de la paroi en 3 plans. Pas de drainage. Les deux

trompes sont atteintes de salpingite catarrhale. L'ovaire est scléro-kystique à gauche, et atteint de lésions de sclérose très avancées à droite.

L'utérus est volumineux et contient plusieurs petits fibromes du volume d'une noix

OBSERVATION V (Inédite)

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome sphacélé.

Eugénie F.., 34 ans, ménagère, entre à l'hôpital Broca le 1er novembre. Elle a subi, trois ans auparavant, une opération au cours de laquelle les annexes gauches avaient été enlevées. Depuis un an, elle souffre de nouveau dans le ventre et ses douleurs sont beaucoup plus violentes depuis un mois environ.

On l'opère le 8 novembre 1902.

L'opération a été faite suivant la technique habituelle.

L'utérus est saisi avec une pince à deux dents.

Section des ligaments larges entre deux clamps.

Incision transversale du péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et refoulement de la vessie en avant.

A ce moment, on tombe dans l'incision médiane utérine préalablement faite dans une opération précédente. Le col est saisi avec une pince à deux dents vers la base du ligament large gauche, puis le vagin est sectionné à droite. Au cours de

ce temps opératoire, l'utérine est pincée. On continue la section du vagin en arrière, puis à gauche. En avant, la colpotomie préalable avait déjà ouvert le vagin. Suture de la base du ligament large et pincement de l'utérine gauche.

On fait ensuite la ligature des deux utérines.

Les annexes droites sont enlevées, les gauches l'avaient été au cours d'une autre opération.

L'hémostase est assez longue, on fait le drainage vaginal à la gaze stérélisée.

On procède enfin à la suture de la paroi abdominale en trois plans.

OBSERVATION VI (Inédite)

Utérus fibromateux et salpingo-ovarite.

Henriette J..., 41 ans, ménagère, entre à l'hôpital Broca (novembre 1902) parce qu'elle souffre dans le ventre.

Elle a été réglée à 15 ans; ses règles ont toujours été très douloureuses et durent cinq à six jours.

Elle n'a d'antécédents pathologiques qu'une insuffisance mitrale assez bien compensée.

En 1885, elle a un enfant à terme.

A la suite de cette couche, elle éprouve des douleurs dans le ventre et subit une opération sur la nature de laquelle elle ne peut donner de renseignements.

En 1890, c'est-à-dire trois ans après cette intervention, elle a une deuxième grossesse normale.

Mais elle continue de souffrir surtout au moment de ses règles, elle n'a cependant pas d'hémorrhagies. Elle entre à l'hôpital au mois de novembre 1902 parce que ses douleurs ont augmenté et que son ventre a grossi ; elle a conscience de sentir, à gauche, une tumeur très douloureuse.

De plus, elle souffre pendant la défécation.

Opération (11 Nov. 1602) Hystérectomie abdominale supra-vaginale. L'utérus contient un fibrome du volume d'une noix. Les ovaires sont scléreux des deux côtés ; il y a à gauche une salpingite très adhérente au rectum. Celui-ci présente même, près des culs-de-sac de Douglas au niveau de l'adhérence de la trompe, une plaque épaisse indurée du volume d'une large amande, sur la nature de laquelle on hésite. Est-ce du néoplasme ? Est ce de l'épaississement inflammatoire d'origine salpingienne ? Etant donné les lésions évidentes de la trompe, on pense qu'il s'agit sans doute d'un épaississement inflammatoire. Cependant un doute persiste. Ajoutons que la résection du rectum aurait bien compliqué l'opération, la malade étant une cardiaque supportant difficilement la position déclive. Il était donc plus sage de s'arrêter, au risque de s'y reprendre plus tard.

Examen des pièces. Fibrome utérin du volume d'une noix. Ovarite double scléreuse et salpingite gauche très adhérente au rectum

OBSERVATION VII (Inédite)

Petits fibromes de la corne utérine droite. Kyste séro-hématique de l'ovaire gauche.

Françoise P..., 26 ans, ménagère, entre à l'hôpital Broca le 15 novembre 1902.

Réglée à 13 ans, ses règles ont toujours été abondantes et non douloureuses. A l'âge de 19 ans, elle accoucha, à terme, d'un enfant bien constitué. Ses suites de couches sont longues, elle a des symptômes d'infection. Depuis cette époque, il y a sept ans, ses règles sont devenues très douloureuses. Depuis deux ans, elle a des douleurs dans le ventre, même en dehors de ses règles qui sont devenues beaucoup plus abondantes. Elle entre à l'hôpital pour une hémorrhagie et ses douleurs abdominales.

Au toucher combiné au palper, on perçoit l'utérus un peu volumineux, les annexes gauches sont aussi augmentées de volume. Il n'y a rien dans les culs-de-sac.

Opération. Laparatomie. On découvre sur la corne droite deux petits fibromes sous-péritonéaux du volume d'une grosse noisette. On les circonscrit au bistouri et on les enlève sans incident. On fait la suture de la paroi utérine.

Les annexes ont peu de chose, les trompes sont saines, l'ovaire droit est petit et scléreux, il ne contient pas de kystes apparents L'ovaire gauche contient un gros kyste séro-héma-

tique du volume d'une petite noix ; en attirant le kyste dans la plaie, il se rompt. On fait aux ciseaux l'ablation de la paroi kystique, puis la suture de l'ovaire.

La malade est remise dans la position horizontale. Il n'y a pas de suintement.

Fermeture du ventre en trois plans.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Utérus fibromateux et annexite double.

Jeanne D..., 32 ans, gouvernante, entre à l'hôpital Broca fin novembre 1902.

La malade se plaint de violentes douleurs abdominales et d'hémorrhagies devenues assez fréquentes pendant l'année précédente.

On perçoit au toucher, combiné au palper, l'utérus volumineux, de forme régulière Rien dans les culs-de-sac.

On fait l'hystérectomie abdominale supra-vaginale par le procédé américain. L'incision est faite en feuille de myrthe, et circonscrit une incision ancienne qui s'étend de l'ombilic au pubis. On opère l'ablatation de cette tranche de peau avec une couche de graisse très épaisse.

On a pour ouvrir le ventre de grandes difficultés étant donné la suppuration qui a succédé aux opérations antérieures et a fusionné tous les plans. On y arrive cependant très latéralement,

mais en passant à travers des adhérences épiploïques que l'on essaye de libérer et que l'on resèque.

Il fait corps avec le péritoine pariétal et on retrouve dans la suture des crins qui ont été abandonnés. On arrive cepen dant à libérer l'utérus de toutes ces adhérences et on peut alors l'explorer. Il est gros, œdémateux et à sa face postérieure on trouve un petit noyau fibreux. On fait l'hystérectomie supra-vaginale par le procédé américain ; puis suture à points séparés du col et péritonisation.

Enfin on fait la suture de la paroi abdominale en trois plans après résection de toute la partie du péritoine qui adhérait aux organes pelviens.

Drainage à l'aide d'une petite mèche stérilisée.

Examen des pièces. Utérus gros, œdémateux, petit fibrome de sa face postérieure.

Annexes malades des deux cotés : il y a des kystes sous tubaires, et dégénérescence polymicrokystique de chaque ovaire.

OBSERVATION IX (Inédite)

Fibromes interstitiels. Annexite droite.

Mathilde R..., 28 ans, couturière, entre à l'hôpital Broca le 3 décembre 1903, pour douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, surtout au moment de ses règles.

A l'examen, on constate que l'utérus est volumineux, les annexes droites sont très sensibles au palper et au toucher.

On fait l'hystérectomie abdominale intra-cervicale, on conserve les annexes gauches qui sont saines, et on enlève les annexes droites pour ovarite et varicocèle tubo-ovarien intense. On fait ensuite un simple surjet du ligament large.

Pendant toute la durée de l'opération. la malade a beaucoup saigné.

Examen des pièces. L'utérus de la grosseur d'un citron, contient deux fibromes superposés dont le supérieur est le double de l'inférieur. Ces fibromes sont séparés de la muqueuse par du tissu musculaire. La cavité utérine est augmentée transversalement mais non verticalement.

L'ovaire droit complètement dégénéré est parsemé de kystes. Les douleurs étaient donc d'origine ovarienne.

OBSERVATION X (Inédite).

Fibrome intraligamentaire droit. Ovaires scléro-kystiques Varicocèle tubo-ovarien

Louise T.., , 35 ans, brodeuse, entre à l'hôpital Broca parce que son ventre a beaucoup grossi et qu'elle souffre.

Elle a été réglée à 14 ans, abondamment, régulièrement et sans douleurs, ses règles durent deux ou trois jours Elle n'a jamais eu de pertes blanches.

En 1890 elle devient enceinte et accouche au bout de 8 mois à la suite d'un coup.

Ses couches sont pénibles et depuis cette époque elle a toujours souffert dans le ventre du niveau de la fosse iliaque droite, sans toutefois que ces douleurs soient augmentées au moment de ses règles, ni que celles ci aient été modifiées.

Elle remarque que son ventre grossit et elle entre à l'hôpital au mois de janvier, effrayée par le volume exagéré de son ventre.

Elle présente dans le cul-de-sac postérieur et latéral droit une tumeur du volume d'une tête fœtale à terme, très douloureuse, immobile et qui paraît fluctuante Le diagnostic est incertain entre salpingite suppurée et kyste intra-ligamentaire suppuré.

Hystérectomie subtotale.

Opération. On fait la laparotomie médiane sous-ombilicale. Toute l'excavation pelvienne est remplie par une masse qui paraît être au premier abord un utérus gravide, tant l'utérus paraît mou, gros. Il est parsemé de gros vaisseaux veineux gorgés de sang. On pense à une grossesse extra-utérine. Cependant on se rend compte qu'il n'est pas gravide et on replace les annexes qui sont pas ou presque pas malades.

On ne peut accrocher l'utérus parce qu'il est enclavé dans le petit bassin par la tumeur qui occupe le plan droit et est sous-péritonal.

On fait la section du ligament large droit, après ligature préventive de l'utéro-ovarienne et du ligament rond du côté droit ; la tumeur apparaît et est rapidement enucléée. On fait l'hystérectomie subtotale.

Suture du col par points séparés.

Revêtement péritonal sur le moignon et le ligament large.

Oblitération de la poche rétro-ligamentaire qui n'est pas drainée.

Fermeture du ventre en trois plans.

Les ovaires sont augmentés de volume, sclérosés et contiennent des petits kystes. Varicocèle tubo-ovarien.

OBSERVATION XI (Inédite).

Fibromes multiples de l'utérus. Annexite gauche. Corps jaune hémorrhagique de l'ovaire gauche.

Hélène D..., 36 ans, institutrice.

Réglée à 14 ans. Règles régulières et abondantes. Un accouchement à terme, à 25 ans.

Ses règles sont devenues plus abondantes les dernières années, et l'année précédente elle a même eu des hémorrhagies.

Elle entre à l'hôpital parce que son ventre a grossi et qu'elle souffre dans la fosse iliaque gauche. Au toucher combiné au palper, on trouve tout le petit bassin occupé par une tumeur médiane, remontant à 8 cent. au dessous de l'ombilic. Cette tumeur est médiane et s'étend latéralement de chaque côté, vers les fosses iliaques. Elle paraît de la dimension d'une tête de fœtus à terme. Elle est multilobulée et fait manifestement corps avec l'utérus. A droite, on ne sent pas les annexes, à cause d'un prolongement de la tumeur. A gauche, on ne les

sent pas davantage (à noter cependant que ce n'est que du côté gauche que la malade a souffert, et encore peu). Le cul-de-sac postérieur est libre; la tumeur est parfaitement mobile et ne paraît pas être incluse dans le ligament large.

On porte le diagnostic de fibromes multiples de l'utérus

Opération (le 3 février). Hystérectomie abdominale totale avec ablation bilatérale des annexes. Incision moyenne sous ombilicale. On tombe sur un gros utérus polyfibromateux. Extraction de la tumeur. Section du ligament large droit entre deux pinces. Ouverture au bistouri du cul-de-sac vésico-utérin et refoulement de la vessie en avant. Section aux ciseaux de la base du ligament large droit et pincement de l'utérine.

Section du col de l'utérus en avant puis en arrière. Enfin, section aux ciseaux de la base du ligament large gauche et pincement de l'utérine gauche. Hémostase.

Ablation bilatérale des annexes. Suture du col. Péritonéo-plastie. Suture de la paroi en trois plans.

Examen des pièces. Annexes droites sont saines.

Du côté gauche, l'ovaire est doublé de volume; il est œdémateux et contient, au niveau d'un de ses pôles, un gros corps jaune hémorrhagique.

OBSERVATION XII (Inédite).

Corps fibreux de l'utérus. Ovaire gauche scléro-kystique.

Aimée L..., 41 ans entre à l'hôpital Broca le 2 février 1903. Cette femme a eu une enfance et une adolescence maladive. Elle n'est réglée qu'à 19 ans et, à cette époque, elle avait déjà des pertes blanches Dès le début, ses règles sont très douloureuses, abondantes, et durent quatre à cinq jours. Elle n'a pas d'enfants et n'a jamais fait de fausses couches ; elle perd toujours en blanc.

Depuis quatre ans, elle souffre beaucoup dans la fosse iliaque gauche, ses douleurs sont exagérées encore au moment de ses règles qui pourtant ne changent pas de caractère. Elle n'a pas d'appétit et présente des signes d'insuffisance ovarienne : maux de tête continuels, diminution des forces, sommeil entrecoupé de cauchemars, bouffées de chaleur. Son ventre a beaucoup grossi.

Au toucher combiné au palper, on sent un utérus irrégulier présentant quelques bosselures, il est très mobile et semble doublé de volume. Rien dans les culs-de-sac. On fait le diagnostic de sclérose utéro-ovarienne avec fibrome.

Opération. On trouve un fibrome à la face antérieure et un autre à la face postérieure. En outre, les deux cornes portent des nodosités. On énuclée d'abord le postérieur, l'hémostase est difficile à réaliser ; aussi, étant donné cette raison, la

multiplicité des lésions et l'âge de la malade, on se décide à faire l'hystérectomie abdominale subtotale par le procédé américain, en commençant par la droite. L'ovaire droit est peu scléreux et est laissé avec la trompe correspondante. L'ovaire gauche est polykystique et enlevé avec l'utérus.

Le soir de l'opération, la malade est prise de douleurs dans le ventre avec frissons. Hypothermie, le pouls est lent et bien frappé; le lendemain matin, affaiblissement brusque, le pouls est filiforme, la face froide et pâle. Le ventre est ballonné; on sent au toucher le cul-de-sac postérieur empli et mou. On rouvre la paroi, il sort environ un litre et demi de sang et on enlève une quantité considérable de caillots qui remplissaient le petit bassin. On voit alors que le fil de catgut placé en haut du ligament large droit a lâché : on enlève trompe et ovaire après ligature qui du même coup arrête l'hémorrhagie.

Drainage au Mikulicz. Guérison.

Examen des pièces. Les annexes droites sont saines, l'ovaire gauche est augmenté de volume et la dégénérescence scléro-kystique est complète.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Fibrome intraligamentaire de l'utérus. Ovaire sclérosés.

Veuve N..., 47 ans entre à l'hôpital Broca le 15 février 1903.

La malade a été réglée à 13 ans, ses règles abondantes et non douloureuses, durent 3 ou 4 jours.

Elle a eu trois grossesses normales, sans suites pathologiques.

Depuis 3 ou 4 ans, elle a des pertes très abondantes avec beaucoup de caillots mais sans douleurs, son ventre grossit.

Elle présente des symptômes d'insuffisance ovarienne :

Pas d'appétit, bouffées de chaleur, céphalalgie persistante, sommeil lourd avec des cauchemars. Ses forces ont beaucoup diminué.

Elle entre à l'hôpital parce que, en plus de ses hémorrhagies, elle souffre continuellement dans le ventre avec irradiations dans la cuisse droite, et que son ventre a beaucoup grossi.

Examen physique. Le col, de volume ordinaire, est coiffé d'une tumeur occupant le cul-de-sac antérieur, le postérieur et les latéraux. Cette tumeur est dure, confondue avec le col de l'utérus, non adhérente aux parois du bassin mais non mobile, elle remonte jusqu'à l'ombilic et s'étale dans les fosses iliaques un peu plus à gauche qu'à droite.

On porte le diagnostic de fibrome intraligamentaire de l'utérus.

Opération. On fait une incision assez longue remontant presque à l'ombilic. Pour éviter la vessie, contrairement à l'habitude, on ouvre le péritoine haut, à 7 ou 8 centimètres au dessus du pubis. Cette manœuvre est utile en effet, car le cul-de-sac vésico-utérin est très remonté et l'ouverture du péritoine se trouve être juste bien placé. En effet, le cul-de-sac vésico-utérin est remonté par la tumeur à 5 centimètres au-dessus du pubis. On incise le péritoine transversalement au bistouri de manière à libérer la vessie. A ce moment, l'aide, pour gagner du temps, du pouce recouvert d'une compresse, refoule un peu vivement la lèvre inférieure du péritoine incisé. Aussitôt on

voit un orifice de 2 centimètres créé par ce mouvement. On s'assure qu'il s'agit bien de la vessie et pour le moment on cherche à enlever le fibrome qui est intraligamentaire à droite et à gauche, et on le décortique difficilement. On libère les ligaments larges à droite puis à gauche, et on va attaquer directement le col en avant. On l'incise transversalement d'avant en arrière et on pince l'utérine droite puis la gauche. On enlève alors la tumeur (1650 gr.). On revient à la vessie qu'on suture : d'abord par un surjet de la muqueuse au catgut, suivis de points séparés et d'un surjet au catgut.

On fait l'hémostase et on enlève les annexes

La péritonéoplastie complète est impossible. On fait un drainage au mikulicz avec quatre mèches, et on suture la paroi en trois plans.

On laisse dans la vessieune sonde à demeure libre. Guérison.

Examen des pièces. Fibrome intraligamentaire.

Les trompes sont peu malades.

Les ovaires sont sclerosés.

OBSERVATION XIV (Inédite).

Fibrome de l'utérus-Ovarite droite kystique.

Amélie G... entre à l'hôpital Broca au début de février 1903, elle est âgée de 34 ans.

Réglée à l'âge de 12 ans, ses règles ont toujours été dou-

loureuses, très abondantes et durent de 8 à 10 jours. Elle n'a pas d'enfants, mais elle a fait, il y a 4 ans, une fausse couche de 4 mois environ.

Depuis cette fausse couche, à la suite de laquelle elle a eu de l'infection, elle ne s'est jamais bien porté, ses règles qui auparavant étaient déjà douloureuses, le deviennent de plus en plus et la forcent à garder le lit pendant cinq ou six jours.

Elle n'a pas de force, pas d'appétit, une céphalée tenace, des bouffées de chaleur au moindre effort, son sommeil est très mauvais entrecoupé de cauchemars, de plus elle se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Le médecin qui la soigne après avoir essayé tous les traitements médicaux, la décide à venir à l'hôpital Broca.

Examen physique. L'utérus est gros, régulier, fusiforme, du volume d'une tête de fœtus à terme, mais un peu mou, très mobile. Les culs-de-sac sont libres.

On porte le diagnostic de fibrome de l'utérus, variété molle.

Opération. On fait une petite incision, petite avec intention. On place le tire-bouchon dans le fibrome et on extrait la tumeur assez péniblement, mais sans inconvénients. On place des clamps à droite et à gauche sur les ligaments larges et on les sectionne jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. On refoule la vessie et on sectionne le col d'avant en arrière et de gauche à droite On coupe après les avoir pincées, l'utérine gauche, puis la droite, la tumeur est alors extirpée. On enlève les annexes droites dont l'ovaire est très gros, les annexes gauches sont laissées en place l'ovaire étant d'apparence saine.

On fait difficilement l'hémostase, puis la péritonéoplastie. On fait le drainage à la gaze à cause d'un suintement.

Examen des pièces. La trompe est saine. L'ovaire est blanchâtre, augmenté de volume, de la dimension d'un œuf de pigeon, il est œdémateux et parsemé de petits kystes.

OBSERVATION XV (Inédite).

Fibromes utérins et annexite droite.

Marie H..., 43 ans, entre à l'hôpital Broca au commencement du mois de mars par suite de l'augmentation de volume de son ventre et des hémorrhagies survenues depuis quelques mois ; elle souffre beaucoup dans la fosse iliaque droite. Cette femme a déjà, il y a quelques années, subi une opération durant laquelle on lui a enlevé les annexes gauches.

On fait l'hystérectomie abdominale totale. L'opération se passe sans incident.

Examen des pièces. L'utérus est gros et bosselé par plusieurs fibromes.

L'ovaire droit triplé de volume est blanc bleuâtre, scléreux surtout, et ne contient que quelques petits kystes. Il existe au niveau de l'un de ses pôles un petit corps hémorrhagique gros comme une noisette.

OBSERVATION XVI (Inédite).

Fibrome de l'utérus. Kyste séreux de l'ovaire.

Marie P .., 47 ans, entre à l'hôpital le 4 mars 1903. Elle a été réglée à 17 ans. Ses règles sont abondantes, non douloureuses et durent cinq à six jours.

Depuis trois ou quatre ans, ses règles, au bout de deux ou trois jours, cessent pendant deux jours pour reprendre encore pendant un jour. Quand elle se fatigue, ses règles, dit-elle, reviennent deux fois dans le même mois. Elle n'a pas d'enfants et n'a jamais fait de fausse couche.

Le 9 janvier 1901, c'est à-dire il y a environ deux ans, elle a une hémorrhagie assez considérable et entre à l'hôpital pour cette raison. Elle y est soignée pendant un mois environ.

Sortie de l'hôpital. elle reste cinq mois sans avoir la moindre perte de sang; puis les hémorrhagies reprennent et deviennent si fréquentes et si abondantes que la malade rentre à l'hôpital de nouveau.

Depuis un an, elle souffre dans la fosse iliaque droite, avec irradiations dans la jambe et la cuisse. Son ventre a beaucoup grossi.

L'utérus est gros, mobile, mais surtout développé du côté droit. Il n'y a rien dans les culs-de-sac. On fait le diagnostic de fibrome volumineux.

Opération. On fait une incision assez grande à cause du volume de la tumeur ; on ouvre le péritoine et on tombe sur un gros fibrome, avec le tire-bouchon on l'extrait. Le corps fibreux est développé surtout du côté droit ; aussi le ligament large droit est-il facile à trouver parce qu'il est remonté, tandis que le gauche est en partie caché par la tumeur elle-même. On place des pinces de Kocher sur le ligament large droit et on le sectionne. Avec le bistouri, on incise le péritoine du cul-de-sac vésico utérin et on refoule la vessie en avant. On sectionne aux ciseaux la base du ligament large droit et on pince l'utérine droite.

On fait alors la section du col de l'utérus en avant puis en arrière, et enfin, avec les ciseaux, la section de la base du ligament large gauche et l'on pince l'utérine gauche.

Hémostase. Ablation des annexes droites dont l'ovaire est kystique. Conservation des annexes gauches qui paraissent saines. Suture du col. Péritonéoplastie. Suture de la paroi en trois plans.

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE

OBSERVATION XVIII

Fibrome utérin et pyosalpinx (1).

Femme de 43 ans a été opérée le 26 juin.

Cette femme, dont les antécédents ne présentent rien d'intéressant, et qui n'a jamais été enceinte, avait été prise subitement de vives douleurs abdominales le 25 mai dernier. Elle entre dans le service de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, où elle présente des signes de péritonite nets mais sans gravité, et fut transférée le 16 juin dans le service de la clinique chirurgicale.

A l'examen on constate dans l'excavation pelvienne à gauche et en arrière du col une tumeur dure, grosse comme une orange, appartenant manifestement à l'utérus. Plus haut, également à gauche, une autre tumeur plus molle et juxta-utérine. Le diagnostic porté fut celui de fibrome utérin et salpingite.

(1) *Oui.* Echo médical du Nord (20 juillet 1902).

Opération le 26 juin. Après l'incision abdominale on se trouve en face d'un utérus fibromateux. Les annexes droites sont évidemment malades (trompe rouge vascularisée à paroi épaissie), à gauche il existe une salpingo-ovarite grosse comme un œuf de poule, entourée d'adhérences.

L'opération est faite par le procédé américain. Le ligament droit est sectionné. L'utérine droite est liée facilement. Section du col en travers et ligature de l'utérine gauche. Les annexes gauches sont alors attaquées par dessous, très facilement pédiculisées et enlevées.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'un fibrome interstitiel de la paroi gauche et postérieure de l'utérus. La salpingo-ovarite gauche ouverte après l'opération contenait deux bonnes cuillerées de pus crémeux

Suites opératoires régulières, sauf une petite escharre sacrée.

OBSERVATION XVII

Tumeur solide de l'ovaire avec fibromes utérins (1)

Femme âgée de 57 ans ayant eu trois grossesses à terme sans complications à 22, 25 et 33 ans.

Jusqu'à 40 ans elle eut des règles abondantes, en caillots. La ménopause arriva à 47 ans.

(1) *Segond*. Ann. de gynécologie, 1899.

A l'âge de 52 ans (c'est-à-dire il y a cinq ans) les pertes hémorrhagiques font leur réapparition, sang rouge avec caillots sans odeur.

Depuis cette époque, ces hémorrhagies apparaissent irrégulièrement, durant longtemps, mais cessant aussi pendant 2 ou 3 mois.

A 56 ans, elle sent qu'elle porte une grosseur dans le côté droit.

Il y a 5 mois, elle eut une perte très abondante qui dura huit jours, et depuis elle est constipée et a un peu maigri.

Elle ne ressent aucune douleur abdominale, son état général est bon.

A l'inspection, on reconnaît un ventre volumineux n'ayant ni œdème, ni circulation collatérale, il n'y a pas de varices aux membres inférieurs.

La percussion et la palpation ne font pas reconnaitre d'épanchement, mais on peut sentir une tumeur lisse, arrondie, dure, un peu mobile dans un sens transversal, remontant à l'ombilic et semblant reposer en grande partie dans la fosse iliaque droite.

Au milieu de l'hypogastre, surtout à gauche, on sent une deuxième tumeur, remontant moins haut qu'à droite et moins mobile.

Il n'y a pas de sillon de démarcation entre les deux saillies droite et gauche.

On peut penser à une unique tumeur multilobée et à lobe plus volumineux à droite.

Le col utérin est repoussé derrière le pubis, un peu à droite.

Dans le cul-de sac postérieur, on sent une tumeur plus grosse que le poing, lisse et dure.

L'hystérectomie abdominale est pratiquée par M. Segond. On trouve une masse formée de deux parties, l'utérus et l'ovaire gauche. L'ensemble de la tumeur pesait 3 kil. 300.

L'examen histologique montre que l'on avait affaire à un néoplasme malin de l'ovaire coïncidant avec des fibromes utérins.

OBSERVATIONS XIX, XX, XXI, XXII, XXIII (1)

1° *Fibrome utérin. Annexite double.*

Malade entrée le 15 avril, a été opérée le 3 mai.

Métrorrhagies fréquentes et abondantes. Tuméfaction annexiale volumineuse.

A l'opération, j'ai constaté qu'il existait une tumeur énorme utérine, enveloppée par le péritoine qu'il a fallu couper. Sur les parties postérieures, il y avait une adhérence que j'ai détruite aussi. Les annexes étaient volumineuses. J'ai extirpé en même temps la tumeur utérine avec les annexes. La malade a guéri.

2° *Fibrome utérin et utérus kystique.*

Malade entrée le 6 mai. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur de la grosseur d'une mandarine qui faisait corps avec

(1) *Jonnesco.* Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Bucharest (22 mai 1902).

l'utérus. Elle avait des symptômes de métrorrhagie et les annexes droites ne se sentaient pas. A l'opération, kyste à la surface duquel adhérait le pavillon de la trompe. Trompes normales. Ovaire gauche kystique. Il y avait cinq petits polypes intra-cavitaires.

Chez cette malade, les symptômes étaient ceux du fibrome, mais l'utérus était petit et l'on pouvait croire que les métrorrhagies provenaient de l'endométrite, tandis qu'elle avait des polypes dans la cavité de l'utérus et un fibrome interstitiel.

3° *Kyste de l'ovaire gauche avec petit fibrome.*

Malade présentant un gros kyste de l'ovaire gauche.

J'ai constaté pendant l'opération que l'ovaire droit présentait aussi des lésions, ce qui m'a déterminé à faire une intervention totale, parce que j'ai constaté un fibrome interstitiel gros comme une noix.

Une intervention limitée au kyste eut été inutile.

4° *Fibrome utérin et appendicite.*

La malade avait, outre un fibrome volumineux, des douleurs violentes. Elle avait eu des attaques de péritonite antérieure, mais les douleurs s'étaient localisées à droite. J'ai cherché à atteindre cet énorme fibrome.

L'appendice était complètement suppuré. Entre les anses et l'utérus, il y avait une poche que j'ai été forcé d'ouvrir pour la détacher.

Elle était due à une appendicite qui s'était manifestée par

des attaques antérieures multiples, ayant provoqué la destruction de l'appendice. Je suis certain que ce pus était aseptique. La malade a guéri.

5° *Fibrome utérin. Ovaires scléro-kystiques.*

Fibrome interstitiel gros comme une orange dans la paroi antérieure. En même temps, il y avait un autre fibrome, plus petit que le précédent, pédiculé, inséré dans la cavité utérine, près le fond et vers le bord droit. Les ovaires étaient scléro-kystiques.

OBSERVATION XXIV

Fibrome. Oblitération d'une des trompes (1).

Utérus à fibromes sous muqueux multiples. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. A noter l'oblitération d'une des trompes.

OBSERVATION XXV

Utérus fibromateux et hémorrhagie de l'ovaire (2).

Femme de 38 ans se plaignant de violentes douleurs abdo-

(1) *Drucbert.* Société centr. de méd. du départ. du Nord (janv. 1902).
(2) *Oui.* Echo médical du Nord. Oct. 1902.

minales depuis un an et demi environ. Les douleurs coïncidaient avec les périodes menstruelles.

L'examen fit constater un utérus gros, fibromateux en masse. Col utérin haut situé avec une très grosse lèvre antérieure qui paraissait contenir un fibrome.

Laparotomie. On trouve alors l'ovaire transformé en une poche sanguine grosse comme un bel œuf et qui est enlevé immédiatement. L'hystérectomie totale est faite ensuite. Drainage vaginal.

L'utérus présente une hypertrophie considérable de ses parois dans lesquelles sont disséminés de tous petits noyaux fibreux.

Sa cavité contient trois fibromes sous-muqueux dont le volume varie de celui d'une cerise à celui d'un œuf de pigeon.

OBSERVATION XVI

Fibromes utérins et pyosalpinx (1).

Femme âgée de 38 ans, avait, depuis sept ans, des règles très abondantes et très prolongées, et, entre les périodes menstruelles, une leucorrhée abondante. Douleurs abdominales, surtout dans les dix jours précédant les règles. Depuis

(1) *Oui* (Echo médical du Nord, 2 mars 1902).

ce moment, le ventre grossissait progressivement. Il y a cinq mois, douleurs abdominales plus vives, fièvre pendant quelques jours. On porta le diagnostic de grippe. Depuis lors, le volume du ventre augmenta rapidement en même temps qu'il se produisit à plusieurs reprises de l'hydrorrhée.

L'examen montre une tumeur volumineuse, dure, bosselée, remontant au dessus de l'ombilic, appartenant manifestement à l'utérus et présentant du côté droit, à sa partie inférieure, une tumeur très dure faisant saillie dans le cul-de-sac latéral droit du vagin.

Le 13 février, laparotomie. On trouve d'abord, un gros utérus fibromateux et dans l'épaisseur du ligament large droit une tumeur juxta-utérine L'utérus est enlevé d'abord par hystérectomie, supra-cervicale. La tumeur juxta-utérine explorée plus attentivement, est manifestement une tumeur liquide, très adhérente aux parties voisines. La décortication en est opérée non sans difficultés. Au cours des manœuvres, rupture de la poche qui laisse échapper un pus horriblement fétide. La malade qui était en inversion est remise dans le décubitus horizontal.

L'extirpation de la poche est terminée après limitation du champ opératoire par des compresses stérilisées. Toilette soignée du péritoine pelvien. Drainage abdomino-vaginal. Guérison sans incident.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'une salpingite suppurée coïncidant avec des fibromes utérins multiples (poids 1.500 grammes) ; l'autre trompe, bien que non suppurée était, elle aussi, enflammée, ainsi que le montre l'épaisseur de ses parois.

OBSERVATIONS XXVII, XXVIII. XXIX

De quelques complications qui surviennent durant l'évolution des fibro-myomes de l'utérus (1).

1° M. Jessett intervint dans deux cas par l'hystérectomie abdominale et trouva dans l'un du liquide clair, couleur jaune paille; dans l'autre, de la matière colloïde. Tamponnement à la gaze. Drainage. Guérison.

2° Pyosalpinx, nettement sensible dans le cul-de-sac de Douglas et situé légèrement dans la partie latérale gauche du bassin. A l'exploration bi-manuelle, il semblait que la tuméfaction siégeât dans le ligament large. M. Jessett songea à une rupture de grossesse tubaire. Il constata, par l'opération, un pyosalpinx de la trompe gauche et crut plus sage de laisser *in situ* l'utérus et sa masse fibromateuse, parce qu'une trop grande quantité de pus s'était répandue dans la cavité péritonéale. Drainage par le cul-de-sac de Douglas. Guérison.

3° L'auteur a rencontré une fois un fibrome avec appendicite. L'appendice était englobé avec la trompe droite dans une même gangue qui fut totalement extirpée. Guérison.

(1) *Frederick Bowman Jessett* (The Britisch gynecological Journ. Nov. 1901).

OBSERVATIONS XXX et XXXI

Note sur l'état des corps jaunes de l'ovaire dans la fibromatose utérine (1).

1° *Utérus fibromateux, fibrome du ligament large du volume du poing. Kyste muqueux de l'un des ovaires.*

L'ovaire sain présente deux corps jaunes de quinze millimètres de diamètre : l'un blanc, décoloré, l'autre noir, hémorrhagique. L'examen histologique montre que le blanc est composé de cellules à type étoilé et entourées de fibrilles conjonctives. Le deuxième est inondé de sang à son centre et les cellules granuleuses du corps jaune qui suivent la direction des principaux vaisseaux, sont toutes chargées de pigment hématique ce qui dénote des hémorrhagies anciennes et récentes.

2° *Fibromatose diffuse de l'utérus.*.

Un des ovaires présente un corps jaune de dix millimètres qui lui aussi est le siège d'une hémorrhagie intense, à ce point qu'il s'est rompu et que l'orifice ouvert à la surface de l'ovaire est oblitéré par un caillot sanguin récent.

(1) *Pilliet.* Bulletin de la société anat. 1898, XXIII, p. 293.

OBSERVATION XXXII

Fibrome télangiectasique. Kystes folliculaires des ovaires. (1)

Marie L..., 49 ans, marchande de vin. Entrée le 28 février, opérée le 4 mars (1902).

Opération. Hystérectomie abdominale intra-cervicale.

Examen des pièces. Gros fibrome télangiectasique du poids de 2 kil. 500.

Annexes : trompes saines, l'ovaire droit est allongé, aplati, avec de grands kystes folliculaires séreux ; l'ovaire gauche, mêmes lésions.

Petit kyste hyalin sous-tubaire.

Les veines du bord supérieur du ligament large sont dilatées comme des veines axillaires.

Mort, 6 mars.

OBSERVATION XXXIII

Fibrome volumineux. Kyste folliculaire gauche (2).

Maria G..., 43 ans, marchande de vin. Entrée le 6 mai opérée le 15 mai, sortie le 18 juin (1902).

(1) *C. Daniel.* Revue de gynécol. et de chir. abdominale (1903).

(2) *C. Daniel.* Revue de gynécol. et de chir. abd. 1903.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, avec ablation des annexes gauches.

Examen des pièces. Fibrome gros comme une tête de fœtus à terme, du poids de 890 grammes, développé à la face postérieure de l'utérus et enclavé sous le promontoire. Col utérin, long et aminci, profondeur de la cavité 11 cent. 1/2.

Annexes saines à droite, kystes folliculaires sanguins gros comme une petite cerise, à gauche.

Deux petits kystes sous-tubaires du volume d'une noisette, à gauche.

OBSERVATION XXXV

Tumeur kystique de l'utérus avec pyosalpinx double (1).

Trente-quatre ans.

Début. Douleurs dans le ventre depuis six mois ; perte d'appétit. Consulte un médecin à l'occasion de la rétention d'urine et il constate par l'examen, l'existence d'une tumeur qui refoulait la paroi postérieure du vagin et empêchait de sentir le col.

Laparotômie. Grosse tumeur fibro-kystique, s'enfonçant dans le petit bassin, parsemée de petits kystes séreux du volume d'une noisette. Les annexes sont atteintes de *pyosalpinx double* ; il est impossible de sentir les ovaires.

(1) *Moulonguet.* Gazette médicale de Picardie. Amiens, 1894. XII, p. 67.

Il y a de nombreuses adhérences à l'épiploon, à l'intestin grêle, à la tumeur. Après destruction des adhérences et soulevant l'intestin, on constate une deuxième tumeur molle derrière la première, adhérant intimement à l'S iliaque et formée par les trompes distendues.

OBSERVATION XXXVI

Enorme fibrome lobulé. Hémato-salpinx double (1).

Joséphine V..., 43 ans, brocheuse. Entrée le 16 septembre, opérée le 22 septembre, sortie le 15 octobre 1902.

Opération. Hystérectomie abdominale intra-cervicale. Castration.

Examen des pièces. Enorme fibrome lobulé, pesant 3 k. 800. Varicocèle pelvien.

Annexes : hémato-salpinx double, ovarite microkystique droite ; ovarite hemorrhagique gauche (kyste hémorrhagique du corps jaune et apoplexie ovarienne dans la moitié externe).

(1) *C. Daniel.* Revue de gynécologie et de chir. abd. 1903.

OBSERVATION XXXVII

Fibrome sous-muqueux ulcéré. Hémato-pyosalpinx droit (1) (1899).

Antonine B.... 39 ans, lingère. Entrée le 28 février, opérée le 25 mars, sortie le 24 avril.

Opération. Hystérectomie vaginale. Ablation des annexes.

Examen des pièces. L'utérus a les dimensions du poing ; à l'ouverture, on constate un fibrome sous-muqueux ulcéré, gros comme une noix verte, s'insérant au fond de la cavité utérine.

Annexes : A gauche, la trompe est atteinte d'hémato-pyosalpinx ; elle ressemble à une grosse sangsue et contient un liquide sirupeux, formé d'un mélange de sang et de pus ; l'ovaire est petit, cirrhotique. A droite, la trompe est épaisse, son canal reste perméable, l'ovaire est scléro-kystique

OBSERVATION XXXVIII

Fibrome utérin et cancer végétant de l'ovaire droit (2).

Quarante et un ans.

Début. En octobre 1899, ressent quelques douleurs vagues

(1) *Constantin Daniel.* Revue de gyn. et de chir. abd. 1903.
(2) *Bouglé.* Bull. de la société anat. 1900. II, p. 530.

dans le ventre. Elle se fait examiner et l'on constate un fibrome. On conseille l'opération.

Dans les six derniers mois, le ventre augmente rapidement ; la femme accuse des douleurs à droite. Depuis deux mois, elle perd du sang abondamment.

Examen. Revèle la présence d'une tumeur arrondie, dure, remontant à trois travers de doigt de l'ombilic.

Le cul-de-sac gauche paraît libre ; à droite, on sent un peu d'empâtement sans y sentir les annexes. Cette exploration latérale réveille une douleur assez vive, ce qui contribue à faire supposer une lésion annexielle de ce côté.

Opération. Le 22 avril 1900. Hystérectomie abdominale supra-vaginale.

Fibrome constitué par des noyaux au nombre de six, variant d'une noix à une tête d'enfant.

Les trompes sont saines. L'ovaire gauche est petit, sclérosé, atteint de péri-ovarite, adhérent au ligament large correspondant.

L'ovaire droit, gros comme un œuf de poule, à surface grenue, muriforme, blanc rosé, est constitué histologiquement par des bourgeons en choux-fleurs très végétants, pressés les uns contre les autres. Il s'agit d'un papillome (Cornil).

CONCLUSIONS

Les altérations des annexes au cours des fibromes sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement (59 o/o, Daniel), et cette grande proportion, que certains pourraient considérer comme exagérée, s'explique facilement par le fait que les lésions ne sont souvent décelées que par le microscope.

Toutes les lésions connues des différentes parties de l'appareil utéro-ovarien ont été observées au cours de l'évolution des fibromes utérins.

La muqueuse utérine, les trompes et surtout les ovaires, sont presque toujours altérés.

Les affections annexielles peuvent précéder l'apparition de la tumeur, mais, dans la plupart des cas, elles se développent en même temps ou lui succèdent.

Tantôt les symptômes en sont peu accusés et les lésions annexielles sont une découverte de l'opération, tantôt, au contraire, ils déterminent des complications graves (rupture dans le péritoine, torsion de leur pédi-

cule), qui masquent, par leur intensité, les symptômes de la tumeur elle-même.

Ces lésions annexielles, en grande partie, sont d'origine infectieuse, mais il est des cas où l'infection ne peut être invoquée, et où il faut faire intervenir une autre cause qui réside peut-être dans la stase sanguine (varicocèle pelvien), retentissant sur tout l'appareil utéro-ovarien.

Le pronostic du fibrome utérin est très assombri quand il est compliqué d'altérations annexielles, et la gravité du pronostic est en rapport avec la nature, l'étendue et le nombre des lésions annexielles, et avec les difficultés que leur complexité apportera à l'intervention.

Le chirurgien devra choisir entre deux procédés : opération conservatrice ou hystérectomie totale. Il devra tenir compte du volume de la tumeur, de ses rapports anatomiques avec l'utérus et les organes voisins, de la gravité des symptômes et enfin de l'âge de la malade.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu : Le Président de la Thèse,
POZZI.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Imprim. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.